**FORMULÁRIO CADASTRAL PESSOA JURÍDICA**

**1 . DADOS DA OPERADORA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPERADORA**  UNIMED ALTO VALE | **CNPJ**  00.381.694/0001-54 | **REGISTRO ANS**  372561 |

**2 . DADOS DO(A) CONTRATANTE**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOME DA EMPRESA CONTRATANTE** | **N° CONTRATO** |

**3. DADOS DO PLANO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° REGISTRO ANS** | **ABRANGÊNCIA**  Nacional Estadual | **COLETIVO**  Empresarial Adesão |
| **COPARTICIPAÇÃO**  20% 50% Essencial | **ACOMODAÇÃO**  Coletivo  Apto |

**4. PERÍODO DA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL E COBRANÇA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Exclusivo preenchimento da Operadora** | **INÍCIO DE VIGÊNCIA**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | **O aceite ou recusa do pedido de portabilidade será notificado no prazo de até 10 dias corridos. A data de aceite determinará o início de vigência do plano de saúde.** |
| Como se trata de plano em pré-pagamento, a mensalidade é devida a partir da data de início de vigência do beneficiário no plano e cobrada na fatura da próxima competência.  **COBRANÇA:** A mensalidade será devida a partir da data de vigência, podendo haver acúmulo de valores relativos a mais de uma mensalidade na próxima fatura**. *Exemplo:*** *Início de vigência 25/09, a mensalidade a partir de 25/09 será cobrada na fatura da competência do mês 11, sendo: 6 dias referente ao mês 09 + mensalidade dos meses 10 e 11.* | |

**5. DADOS DO TITULAR**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | | | | | **CÓDIGO BENEFICIÁRIO NA OPERADORA** | |
| **CPF** | | **DATA NASCIMENTO**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | **SEXO**  M F | | **(\*) ESTADO CIVIL** |
| **VÍNCULO EMPREGATÍCIO**  Funcionário Sócio Estagiário Outro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | **DATA DE ADMISSÃO NA EMPRESA**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **TELEFONE CELULAR COM DDD** | **TELEFONE RESIDENCIAL COM DDD** | | **E-MAIL** | | | |

**6 . DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dep. 1** | **NOME** | | | **SEXO**  M F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO** | **(\*) ESTADO CIVIL** | **E-MAIL** | |
| **Dep. 2** | **NOME** | | | **SEXO**  M F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO** | **(\*) ESTADO CIVIL** | **E-MAIL** | |
| **Dep. 3** | **NOME** | | | **SEXO**  M F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO** | **(\*) ESTADO CIVIL** | **E-MAIL** | |
| **Dep. 4** | **NOME** | | | **SEXO**  M F |
| **(\*) GRAU DE PARENTESCO** | **(\*) ESTADO CIVIL** | **E-MAIL** | |

|  |  |
| --- | --- |
| **(\*) INFORMAÇÕES VÁLIDAS PARA PREENCHIMENTO DOS CAMPOS** | |
| **GRAU DE PARENTESCO**  Esposo(a) | Companheiro(a) | Filho(a) | Enteado(a) | Outros *(especificar)* | **ESTADO CIVIL**  Solteiro | Casado | União Estável | Separado | Viúvo |

|  |  |
| --- | --- |
| **VENDEDOR** | **N°** |
| **Este formulário será aceito mediante correto preenchimento de todos os campos e as cópias dos documentos previstos contratualmente e no anexo I deste formulário.** | |

**7. PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS**

**PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS – TROCA DE PLANO POR ESCOLHA DO BENEFICIÁRIO\***

**PORTABILIDADE POR PERDA DE VÍNCULO OU DETERMINADA PELA ANS\***

|  |  |
| --- | --- |
| **Perda do vínculo de trabalho**  **Término do plano de ex-empregado**  **Óbito do titular** | **Perda do vínculo de dependência com o titular**  **Rescisão do contrato coletivo**  **Portabilidade determinada pela ANS** |

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

**Há beneficiários em período de internação (titular ou dependentes):  SIM  NÃO**

Manifesto a contratação na opção assinalada acima e afirmo que todos os esclarecimentos me foram prestados, aplicando-se aos beneficiários a seguir: **Titular Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3  Dep. 4.**

Manifesto o conhecimento do meu dever de dar aos eventuais dependentes todas as informações pertinentes.

**Declaro para os devidos fins de direito que, fui devidamente orientado, nos termos da legislação vigente editada pela ANS, sobre o cumprimento dos períodos de carência ou Cobertura Parcial Temporária – CPT, quando: houver prazos remanescentes, considerando o período de permanência no plano origem; e portabilidade para cobertura superior.**

Na qualidade de beneficiário titular ou responsável legal, em razão do exercício da portabilidade de carências, **declaro estar ciente da necessidade de apresentar no prazo de 05 dias o comprovante do efetivo cancelamento do meu plano na Operadora Origem. A não comprovação do cancelamento no prazo estabelecido, descaracteriza a portabilidade de carências, evidenciando uma nova contratação com cumprimento dos períodos de carências e análise de doenças e lesões preexistentes e aplicação de Cobertura Parcial Temporária, quando cabível.**

**Assinatura do Titular** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Data do pedido de portabilidade: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.**

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

|  |
| --- |
| Em decorrência da mudança de plano na mesma operadora sem interrupção, requerida por mim e/ou dependentes a seguir indicados: **Titular Dep. 1 Dep. 2  Dep. 3  Dep. 4,** declaro para os devidos fins, estar ciente que:   1. Ficam mantidas as mesmas coberturas, com o **cumprimento de eventuais carências remanescentes** do plano anterior; **ou** 2. Devido à ampliação das coberturas, além do **cumprimento de eventuais carências remanescentes** do plano anterior, haverá o cumprimento de carências em relação a:   **2.1.**  Internação em apartamento;  **2.2.**  Acesso a profissionais e entidades de serviços localizados fora da área de abrangência e atuação previstas no plano anterior**:**  Estado de Santa Catarina; ou  Grupo de municípios;  **2.3.**  Os serviços de assistência à saúde, conforme Rol da ANS exclusivos da:  Segmentação Ambulatorial;  Segmentação Hospitalar;  Cobertura Obstétrica. |
| **CÓDIGO ANTERIOR DO BENEFICIÁRIO** |

Manifesto o conhecimento do meu dever de dar aos eventuais dependentes todas as informações pertinentes.

**Assinatura do Titular\_\_\_\_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9. DECLARAÇÕES E CIÊNCIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Declaro** **que tomei conhecimento:**   1. do **valor do custo do meu plano** **de acordo com a minha faixa etária e de meus dependentes enquanto funcionário ativo,** bem como o valor da minha contribuição e do empregador no custeio do plano enquanto funcionário ativo. 2. dos **valores das mensalidades nos casos de permanência no plano de saúde na condição de ex-empregado**, demitido sem justa causa ou aposentado, desde que a contribuição para o plano seja na minha mensalidade como titular. 3. que as **substituições de prestadores** não hospitalares da rede assistencial do meu plano ficarão disponíveis nos canais de atendimento informados no cabeçalho deste documento e no verso do cartão do plano. 4. Autorizo a Pessoa Jurídica a qual estou vinculado(a), a receber os **extratos mensais** contendo os meus gastos e dos meus dependentes. 5. que a Operadora disponibiliza o **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)** no link: [www.unimedaltovale.coop.br](http://www.unimedaltovale.coop.br) no banner Canal do Beneficiário, com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano e que posso solicitar à pessoa jurídica contratante **cópia do instrumento contratual** contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC. 6. que o plano de saúde tem expressa exclusão para o atendimento domiciliar de consultas, internações, exames e demais atendimentos ou tratamentos em regime domiciliar. 7. **que os atendimentos realizados em regime ambulatorial e hospitalar (consultas, exames, terapias, internações, procedimentos e atendimentos ambulatoriais) terão ou não coparticipação conforme prevê cláusula contratual Mecanismos de Regulação.** A coparticipação é a participação financeira nos atendimentos realizados pelos beneficiários, que deverá ser paga à operadora após realização dos atendimentos. 8. que a Pessoa Jurídica à qual estou vinculado(a) receberá informações necessárias para a execução do contrato, de acordo com a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). 9. que Operadora realizará o tratamento dos dados pessoais fornecidos por mim em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais”), inclusive, quando aplicável, para fins de compartilhamento com outras Unimeds por meio do Sistema de Intercâmbio ou com prestadores de serviços parceiros, tudo conforme Política de Privacidade disponível eletronicamente no site https://www.unimed.coop.br/web/altovale/politica-protecao-de-dados   **Declaro ainda que:**   1. as **informações ora prestadas são verdadeiras**, sob pena de incorrer nos termos previstos dos artigos 171 e 299 do Código Penal, bem como dos artigos 186 e 187 do Código Civil. 2. recebi o **MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE (MPS)**, editado pela ANS, antes da assinatura desta proposta, li e compreendi o seu inteiro teor. 3. O cartão de identificação e o Guia de Leitura Contratual (GLC), de beneficiário estará à disposição para retirada junto a empresa contratante a partir da data de vigência do plano. 4. A Operadora disponibiliza o Guia Médico atualizado no link: [www.unimedaltovale.coop.br](http://www.unimedaltovale.coop.br) 5. na qualidade de titular do plano, possuo as autorizações necessárias para informar os dados pessoais dos beneficiários dependentes vinculados ao mesmo, 6. na qualidade de titular e responsável legal dos adolescentes (maior de 12 anos e menores de 18), ou incapazes, tenho ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento dos respectivos dados pessoais, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e do Estatuto da Criança e Adolescente.   Data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ASSINATURA DO TITULAR** |  | **ASSINATURA DO(A) CONTRATANTE** | |

**10. TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS**

|  |
| --- |
| **MENOR DE IDADE (CRIANÇA ATÉ 12 ANOS)**  **Na qualidade de responsável legal pelo menor de idade (criança até 12 anos), declaro que possuo as autorizações necessárias para realizar o preenchimento das informações acima e tenho ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento de seus respectivos dados pessoais, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e do Estatuto da Criança e Adolescente.**  **Assinatura do Titular (Responsável Legal)** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **ANEXO I****DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO NO PLANO** |
| **TITULAR**   1. **Cópia** CPF, CNS e RG; 2. **Comprovante de residência e telefone atualizados** em nome do **titular** ou outro documento que comprove.    * ***Exemplos:*** *conta de água, luz ou telefone; contrato de locação; declaração de endereço.* 3. **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:**   **Funcionários:**   * Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e a página do registro de trabalho na empresa); ou * Cópia da Ficha de Registro do Empregado (assinada e carimbada pela empresa); ou * Contra cheque / folha de pagamento.   **Temporário, estagiário ou menor aprendiz:**   * Cópia do Contrato; ou * Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e a página do registro de trabalho na empresa).   **Sócios:**   * Cópia do Contrato Social.   **Administradores:**   * Cópia da última alteração do Contrato Social.   **Agente Político:**   * Documento de Diplomação (que comprove a sua nomeação ao cargo). |
| **DEPENDENTES**   * **Esposo(a):** Cópia CPF, CNS, RG e Certidão de Casamento; * **Companheiro(a):** Cópia CPF, CNS, RG e Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório); * **Filhos(as):** Cópia do CPF, CNS, Cópia da Certidão de Nascimento ou RG; * **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção; * **Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente:** Mesma documentação prevista para filhos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade; * **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos e comprovação de convivência do casal; * **Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos:** Mesma documentação prevista para filhos e documento de decisão judicial que comprove a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular; * **Incapazes a partir de 24 anos:** Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos e Termo de Curatela. |