



É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DOS ITENS INDICADOS EM VERMELHO E QUE CONSTEM ASTERISCO*

FORMULÁRIO CADASTRAL PESSOA JURÍDICA

2. É NECESSÁRIO PREENCHER COM O NOME DA EMPRESA EM QUE O TITULAR DO PLANO ESTÁ VINCULADO.

CNPJ	REGISTRO ANS
00.381.694/0001-54	372561

2 . DADOS DO(A) CONTRATANTE*

NOME DA EMPRESA CONTRATANTE*	Nº CONTRATO
------------------------------	-------------

3. ASSINALAR DE ACORDO COM OS TIPOS DE PLANO CONTRATADOS POR SUA EMPRESA / ASSOCIAÇÃO.

3. DADOS DO PLANO*

Nº REGISTRO ANS	ABRANGÊNCIA*	COLETIVO*
	<input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Estadual	<input type="checkbox"/> Empresarial <input type="checkbox"/> Adesão
COPARTICIPAÇÃO*	ACOMODAÇÃO*	
<input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 50% <input type="checkbox"/> Essencial	<input type="checkbox"/> Coletivo <input type="checkbox"/> Apto	

DICA: O RH PODE CONSULTAR AS MODALIDADES DE PLANO CONTRATADOS NO CANAL DO CLIENTE PJ

4. PERÍODO DA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL E COBRANÇA

Exclusivo preenchimento da Operadora	INÍCIO DE VIGÊNCIA	O aceite ou recusa do pedido de portabilidade será notificado até a data de início de vigência do plano.
		PARA CONHECIMENTO: O INÍCIO DE VIGÊNCIA SERÁ EM REGRA O DIA 1º DO MÊS SEGUINTE. EXCEÇÕES: RN E PORTABILIDADE
Como se trata de plano em portabilidade, a mensalidade é devida a partir da data de início de vigência do beneficiário no plano e cobrança é devida a partir da data de início de vigência do plano.		
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 partir de 25/09 será cobrada a mensalidade dos meses de outubro a dezembro do mês 11, sendo: 6 dias referentes a mensalidade dos meses de outubro e novembro.		

DICA: NÃO É NECESSÁRIO PREENCHIMENTO DOS CAMPOS QUE ESTÃO EM VERDE

5. DADOS DO TITULAR*

5. O TITULAR SEMPRE SERÁ A PESSOA QUE POSSUI VÍNCULO COM O CNPJ DA EMPRESA. PREENCHER COM OS DADOS DO FUNCIONÁRIO / SÓCIO.

NOME*	CÓDIGO BENEFICIÁRIO NA OPERADORA		
CPF*	DATA NASCIMENTO*	SEXO *	(*) ESTADO CIVIL*
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
VÍNCULO EMPREGATÍCIO*	DATA DE ADMISSÃO NA EMPRESA *		
<input type="checkbox"/> Funcionário <input type="checkbox"/> Sócio <input type="checkbox"/> Estagiário <input type="checkbox"/> Outro: _____			
TELEFONE CELULAR COM DDD*	TELEFONE RESIDENCIAL COM DDD	E-MAIL*	

6 . DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES*

6. PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO APENAS CASO DESEJE INCLUIR FILHOS OU CÔNJUGE / COMPANHEIRO.

Dep. 1	NOME	SEXO
	(*) GRAU DE PARENTESCO (*) ESTADO CIVIL E-MAIL	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dep. 2	NOME	SEXO
	(*) GRAU DE PARENTESCO (*) ESTADO CIVIL E-MAIL	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dep. 3	NOME	SEXO
	(*) GRAU DE PARENTESCO (*) ESTADO CIVIL E-MAIL	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Dep. 4	NOME	SEXO
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	E-MAIL
------------------------	------------------	--------

(*) INFORMAÇÕES VÁLIDAS PARA PREENCHIMENTO DOS CAMPOS

GRAU DE PARENTESCO	ESTADO CIVIL
Esposo(a) Companheiro(a) Filho(a) Enteado(a) Outros (<i>especificar</i>)	Solteiro Casado União Estável Separado Viúvo

VENDEDOR	Nº
----------	----

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*

<input type="checkbox"/> Perda do vínculo de trabalho	<input type="checkbox"/> Perda do vínculo de dependência com o titular
<input type="checkbox"/> Término do plano de ex-empregado	<input type="checkbox"/> Rescisão do contrato coletivo
<input type="checkbox"/> Óbito do titular	<input type="checkbox"/> 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: ____/____/____.

7. O TITULAR DEVE ASSINAR APENAS CASO ELE OU ALGUM DEPENDENTE ESTEJA INGRESSANDO NO PLANO POR PORTABILIDADE.

 **PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS:**
QUANDO O BENEFICIÁRIO POSSUI DIREITO DE MUDAR DE PLANO DE SAÚDE, NA MESMA OU EM OUTRA OPERADORA, SEM A NECESSIDADE DE CUMPRIR NOVAMENTE PERÍODOS DE CARÊNCIA JÁ CUMPRIDOS NO PLANO ANTERIOR.

8. MUDANÇA DE PLANO NA MESMA OPERADORA SEM INTERRUÇÃO – SÚMULA NORMATIVA Nº 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 Política ANS exclusivos da:
 - Segmento Hospitalar; Cobertura Obstétrica.

CÓDIGO ANTERIOR DO BENEFICIÁRIO: _____

Manifesto o conhecimento de que a migração de plano não garante a manutenção de dependentes todas as informações.

Assinatura do Titular _____

8. O TITULAR DEVE ASSINAR APENAS QUANDO SE TRATAR DE MIGRAÇÃO (DELE OU DE UM DEPENDENTE) DENTRO DA UNIMED ALTO VALE, PARA QUE ASSIM SE REALIZE O REAPROVEITAMENTO DE CARÊNCIAS.

EXEMPLOS DE MIGRAÇÃO:

1. JÁ POSSUI PLANO PESSOA FÍSICA E ESTÁ MIGRANDO PARA PLANO ATRAVÉS DE UMA EMPRESA.
2. POSSUI PLANO ATRAVÉS DE UM CNPJ E ESTÁ MIGRANDO PARA OUTRO CNPJ.

9. DECLARAÇÕES E CIÊNCIA

Declaro que tomei conhecimento:

- a. 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.
- b. 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.
- c. 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.
- d. Autorizo a Pessoa Jurídica a qual estou vinculado(a), a receber os **extratos mensais** contendo os meus gastos e dos meus dependentes.
- e. que a Operadora disponibiliza o **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)** no link: 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.
- f. que o plano de saúde tem expressa exclusão para o atendimento domiciliar de consultas, internações, exames e demais atendimentos ou tratamentos em regime domiciliar.
- g. **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.

- h. 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).
- i. 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-protacao-de-dados>

Declaro ainda que:

- j. 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.
- k. 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.
- l. 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.
- m. A Operadora disponibiliza o Guia Médico atualizado no link: www.unimedaltovale.coop.br
- n. na qualidade de titular do plano, possuo as autorizações necessárias para informar os dados pessoais dos beneficiários dependentes vinculados ao mesmo,
- o. 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.



EM CASO DE INCLUSÃO DE SÓCIO, ESTE DEVERÁ ASSINAR NOS DOIS CAMPOS.

*Data: _____

ASSINATURA DO TITULAR*

9. ASSINATURA DO FUNCIONÁRIO / SÓCIO

ASSINATURA DO(A) CONTRATANTE*

9. ASSINATURA DA EMPRESA

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) _____

10. O TITULAR DEVERÁ OBRIGATORIAMENTE ASSINAR O ITEM, APENAS QUANDO SE TRATAR DE INCLUSÃO DE CRIANÇAS (DEPENDENTE) ATÉ 12 ANOS DE IDADE.

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.