

FORMULÁRIO CADASTRAL – COLETIVO EMPRESARIAL – VD

1. DADOS DA OPERADORA

OPERADORA UNIMED EXTREMO OESTE CATARINENSE	CNPJ 80.653.975/0001-58	REGISTRO ANS Nº 34.025-1
---	----------------------------	-----------------------------

2. DADOS DO(A) CONTRATANTE

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

3. DADOS DO PLANO

Nº REGISTRO ANS	ABRANGÊNCIA <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Regional	TAXA DE INSCRIÇÃO POR BENEFICIÁRIO R\$ _____
COPARTICIPAÇÃO <input type="checkbox"/> 0% <input type="checkbox"/> 20% <input type="checkbox"/> 50%	ACOMODAÇÃO <input type="checkbox"/> Coletivo <input type="checkbox"/> Apto	

4. PERÍODO DA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL E COBRANÇA

Exclusivo preenchimento	<p>COMPETÊNCIA/PERÍODO: É um período pré-estabelecido, que inicia no dia 16 de um determinado mês e termina no dia 15 do mês seguinte, durante o qual são processadas as novas inclusões que irão compor o faturamento da próxima competência. Ex.: Novas inclusões recebidas entre os dias 16/09 a 15/10 serão processadas e cobradas no faturamento da competência de novembro.</p> <p>Como se trata de plano em pré-pagamento o valor da mensalidade é devido a partir da data de início de vigência do beneficiário no plano e cobrada na fatura da próxima competência.</p>
	<p>INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO:</p> <p><input type="checkbox"/> *A partir da data de recebimento e conferência deste formulário pela Unimed.</p> <p><input type="checkbox"/> *A partir de ____/____/____ (data especificada pelo contratante).</p> <p><input type="checkbox"/> A partir do 1º dia do mês da próxima competência de faturamento.</p>
	<div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 80px; margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: center; line-height: 80px;">Recebimento</div>
	<p>COBRANÇA:</p> <p>O início de vigência do plano determina o prazo a partir do qual incidirá a respectiva obrigação de pagamento da mensalidade. A opção de início de vigência pode significar que no primeiro faturamento haja acúmulo de valores relativos há mais de uma mensalidade.</p> <p><i>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.</i></p>
	<p>Nota: Novos contratos têm início de vigência conforme negociação.</p>

5. DADOS DO TITULAR

NOME		CÓDIGO BENEFICIÁRIO NA OPERADORA	
CPF	DATA NASCIMENTO ____/____/____	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	(*) ESTADO CIVIL
VÍNCULO EMPREGATÍCIO <input type="checkbox"/> Funcionário <input type="checkbox"/> Sócio <input type="checkbox"/> Estagiário <input type="checkbox"/> 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
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	E-MAIL	
Dep. 2	NOME			SEXO
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	E-MAIL	
Dep. 3	NOME			SEXO
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	E-MAIL	
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
Espos(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. 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:

- Ficam mantidas as mesmas coberturas, com o **cumprimento de eventuais carências remanescentes** do plano anterior; **ou**
- Devido à ampliação das coberturas, além do **cumprimento de eventuais carências remanescentes** do plano anterior, haverá o cumprimento de carências em relação a:
 - Internação em apartamento;
 - 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;
 - 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 _____

8. DECLARAÇÕES E CIÊNCIA

Declaro, para os fins de direito que:

- a. Tomei conhecimento 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. Tomei conhecimento 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. Autorizo a Pessoa Jurídica a qual estou vinculado(a), a receber os **extratos mensais** contendo os meus gastos e dos meus dependentes.
- d. Tomei conhecimento 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.
- e. 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.
- f. Declaro ainda que 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.

Estou ciente que:

- a. O **GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC)**, editado pela ANS, será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular.
- b. Que posso solicitar à pessoa jurídica contratante **cópia do instrumento contratual** contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.
- c. A Operadora disponibiliza o **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)** no link: www.unimedextremooeste.com.br com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano.
- d. O plano de saúde tem expressa exclusão para o atendimento domiciliar de consultas, internações, exames e demais atendimentos ou tratamentos em regime domiciliar.

DATA: ____ / ____ / ____.

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA E CARIMBO DO(A) CONTRATANTE

Nome do representante _____

Cargo do(a) representante: _____

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 menores de 14 anos:** Cópia CNS, Certidão de Nascimento e CPF quando disponível;
- **Filhos a partir de 14 anos:** Cópia do CPF, CNS e RG;
- **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 14 anos 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 menores de 14 anos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade;
- **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 14 anos e comprovação de convivência do casal;
- **Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 14 anos 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 a partir dos 14 anos e Termo de Curatela.