

Manual de Cadastro

Versão 1.1

Contratos de acordo com Resolução Normativa nº 195

Unimed 
Santa Catarina

Sumário

1.1 CARÊNCIAS	8
1.1.1 Plano Coletivo Empresarial	8
1.1.2 Plano Coletivo Por Adesão.....	9
1.2 DOCUMENTAÇÃO	10
1.3 ASSINATURA DOS DOCUMENTOS	10
1.3.1 PESSOA JURÍDICA	10
1.3.2 BENEFICIÁRIO	10
1.4 ENDEREÇO	11
1.5 RASURAS.....	11
1.6 CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO.....	11
1.7 DECLARAÇÃO DE SAÚDE.....	11
1.7.1 PLANO COLETIVO EMPRESARIAL.....	11
1.7.2 PLANO COLETIVO POR ADESÃO	13
1.8 PROCESSOS INCOMPLETOS	13
1.9 ENTREGA.....	13
1.10 PRAZOS	13
2 INCLUSÃO	14
2.1 VIGÊNCIA DA INSCRIÇÃO	14
2.1.1 VIGÊNCIA DA INSCRIÇÃO DO EX-EMPREGADO.....	14
2.2 COMO SOLICITAR INSCRIÇÃO DE UM NOVO BENEFICIÁRIO	15
2.2.1 TITULAR.....	15
2.2.2 DEPENDENTES.....	15
2.3 COMO SOLICITAR INCLUSÃO DE NOVOS DEPENDENTES DO TITULAR	17
2.3.1 COMO SOLICITAR INCLUSÃO DE FILHOS RECÉM NASCIDOS OU ADOTIVOS DEPENDENTES DO TITULAR	18
2.4 INCLUSÃO RETROATIVA.....	20
2.5 Taxa de inscrição em contratos vigentes.....	20
3 REINCLUSÃO	21
3.1 COMO SOLICITAR A REINCLUSÃO DE UM BENEFICIÁRIO	21
3.2 TAXA DE INSCRIÇÃO DA REINCLUSÃO.....	21
4 ALTERAÇÕES.....	22
4.1 COMO SOLICITAR A CORREÇÃO DE DADOS CADASTRAIS	22

5 TRANSFERÊNCIA DE CONTRATO (MUDANÇA DE PLANO),	23
FILIAL OU UNIDADE.....	23
5.1 COMO PROCEDER PARA FAZER UMA TRANSFERÊNCIA DE UM BENEFICIÁRIO PARA OUTRO CONTRATO (MUDANÇA DE PLANO)	23
5.2 COMO PROCEDER PARA FAZER UMA TRANSFERÊNCIA DE UM BENEFICIÁRIO PARA OUTRA FILIAL OU UNIDADE.....	23
5.3 TAXA DE INSCRIÇÃO.....	24
5.3.1 Mudança de Plano.....	24
5.3.2 Transferência de Filial/Unidade.....	24
6 SEGUNDA VIA DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO	25
6.1 COMO SOLICITAR A EMISSÃO DE UMA 2ª VIA DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO	25
7 EXCLUSÃO	26
7.1 VIGÊNCIA DA EXCLUSÃO	26
7.2 COMO SOLICITAR A EXCLUSÃO DE UM TITULAR	26
7.3 COMO SOLICITAR A EXCLUSÃO DE UM DEPENDENTE.....	28
7.4 MOTIVOS DAS EXCLUSÕES	28
7.5 EXCLUSÃO RETROATIVA.....	28
8 ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO DE CADASTRO	30
8.2 CONTRATO CUSTO OPERACIONAL – REGULAMENTADO.....	32
9 BENEFÍCIO PREVISTO NO CONTRATO: FEA.....	35
9.1 COMO REQUERER A INSCRIÇÃO DOS DEPENDENTES NO BENEFÍCIO?.....	35
9.1.1 FEA – FUNDO DE EXTENSÃO ASSISTENCIAL	35
ANEXO 1 - FUNCIONÁRIOS DEMITIDOS E APOSENTADOS.....	37
REGRAS GERAIS PARA MANUTENÇÃO DE EX-EMPREGADOS NO PLANO DE SAÚDE	37
I - CONTRATO PRÉ-PAGAMENTO – OPÇÃO DO EMPREGADOR.....	37
II - CONTRATO CUSTO OPERACIONAL	37
ANEXO 2 – COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.....	42
ANEXO 2.1 – MODELO DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTES DE “RESIDÊNCIA ALUGADA – SEM CONTRATO”	44
ANEXO 2.2 DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA PRÓPRIA – MORA COM OUTRA PESSOA	45
ANEXO 2.3 MODELO DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE “RESIDÊNCIA ALUGADA – MORA COM OUTRA PESSOA”	46
ANEXO 2.4 MODELO DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE “RESIDÊNCIA NOS TERMOS DA LEI 7.115”	47
ANEXO 3 - COLETIVO EMPRESARIAL VÍNCULO EMPREGATÍCIO.....	48

ANEXO 3.1 FORMULÁRIO VD – CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL (RN 195,279 E 309).....	50
ANEXO 3.2 FORMULÁRIO CO – CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL (RN 195).....	53
ANEXO 4 - CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO – VÍNCULO DE CARÁTER PROFISSIONAL, CLASSISTA OU SETORIAL	55
ANEXO 4.1 FORMULÁRIO VD – CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO	56
ANEXO 4.2 FORMULÁRIO CO–CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO	58
ANEXO 5 - FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO PLANOS COLETIVOS.....	60
ANEXO 6 - COMUNICADO EMPREGADOR PARA EMPREGADO – RN279.....	61
ANEXO 7 - CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO	62
ANEXO 8 - DECLARAÇÃO DE SAÚDE.....	64
ANEXO 9 - MODELO DECLARAÇÃO SÚMULA 21.....	70
ANEXO 10 - FORMULÁRIO ADESÃO DEPENDENTE APOSENTADO FALECIDO – RN27971	
ANEXO 11 - SOLICITAÇÃO DE REINCLUSÃO	75
ANEXO 12 - FORMULÁRIO DE ADESÃO DE EX-EMPREGADOS (DEMITIDOS/APOSENTADOS) – RN279.....	76
ANEXO 13 - FORMULÁRIO ASSINOU APENAS RN 195 VD REGUL EMPRESARIAL	80

Objetivo

Em virtude das exigências legais impostas pela Agência Nacional de Saúde Suplementar e relação ao cadastro de beneficiários, a Unimed do Estado de Santa Catarina, elaborou 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.

Obs.: Este manual será entregue para empresas:

- ✓ Que firmaram contrato a partir de 03/11/2009 e
- ✓ Que assinaram o aditivo para se adequar as regras da Resolução Normativa nº 195/09 e suas atualizações.

Definições

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.

COMPETÊNCIA/PERÍODO: É um período pré-estabelecido durante o qual são processadas as novas movimentações cadastrais (inclusões, exclusões, etc) que irão compor o faturamento da referida competência.

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

CONTRATO DE COMERCIALIZAÇÃO: Trata-se de um instrumento assinado entre a operadora e pessoa jurídica contratante para vincular os diferentes planos/produtos contratados, a fim da somatória do número de beneficiários dos diferentes produtos para fins da RN 309 (reajuste por agrupamento de contratos) e RN 195 (carências e DLP).

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

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 assistenciais contratadas.

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.

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.

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

FORMA DE COBRANÇA:

1. Em nome do (a) Contratante: Plano contratado por uma pessoa jurídica e a fatura emitida em nome do (a) contratante que fica responsável pelo pagamento à operadora.

OBS.: A regra prevista não se aplica às hipóteses previstas nos artigos 30 (demitidos) e 31 (aposentados) da Lei 9.656, situação em que a cobrança poderá ser emitida em nome do beneficiário titular.

FORMULÁRIO DE CADASTRO: É o formulário padrão definido pela Unimed que deve obrigatoriamente ser utilizado pelo (a) contratante na solicitação de inclusão, alteração e transferência de beneficiários.

FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO: É o formulário padrão definido pela Unimed que deve obrigatoriamente ser utilizado pelo (a) contratante na solicitação de exclusão de beneficiários.

FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO DE EX-EMPREGADO: É o formulário padrão definido pela Unimed que deve obrigatoriamente ser utilizado pelo (a) contratante na solicitação de inscrição (permanência) no plano na condição de funcionário demitido sem justa causa ou aposentado, conforme prevê a Lei 9656/98 nos artigos 30 e 31 (ver mais orientações no anexo 1).

FORMULÁRIO DE REINCLUSÃO: É o formulário padrão definido pela Unimed que deve obrigatoriamente ser utilizado pelo (a) contratante para reativar um beneficiário excluído.

MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL: São as solicitações de novas inclusões, alterações, exclusões e transferências de beneficiários, requeridas pelo (a) contratante à Unimed.

PLANO COLETIVO EMPRESARIAL: é aquele assinado entre a Operadora de planos de saúde e uma pessoa jurídica para beneficiar os funcionários a ela vinculados por meio da relação empregatícia ou estatutária.

PLANO COLETIVO POR ADESÃO: é aquele assinado entre a Operadora de planos de saúde e uma pessoa jurídica para beneficiar a população que mantenha vínculo de caráter profissional, classista ou setorial.

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.

REAJUSTE ANUAL: Tem a finalidade de manter o equilíbrio financeiro do contrato e é aplicado a cada 12 meses de acordo com o índice previsto no contrato ou negociação entre as partes.

REAJUSTE DE FAIXA ETÁRIA: É o ajuste da mensalidade que ocorre quando o beneficiário faz aniversário e muda de uma faixa etária para outra (previstas no contrato), mediante aplicação da variação estabelecida.

OBS.: O reajuste por mudança de faixa etária não pode atingir os beneficiários **com mais de 60 anos** de idade que celebraram contrato entre os anos de 1999 a 2003 e que participa mesmo plano ou sucessor **há mais de 10 anos** na mesma operadora.

1 ORIENTAÇÕES

1.1 CARÊNCIAS

1.1.1 Plano Coletivo Empresarial

1.1.1.1 **Contratos com até 29 beneficiários** inscritos no plano, conforme último faturamento – haverá cumprimento normal das carências previstas no contrato, salvo quando se tratar de filho recém-nascido ou adotivo, inscrito conforme item 2.3.1 deste manual.

1.1.1.2 **Contratos a partir de 30 vidas**, conforme último faturamento:

- **Sem carências para o titular e dependente:**

Que formalizarem a sua adesão ao plano em até 30 dias da celebração do plano de saúde da pessoa jurídica com a Unimed, ou que formalizarem a sua adesão ao plano em até 30 dias após a vinculação a pessoa jurídica contratante. Em função do contrato de experiência, que tem período máximo de 90 (noventa) dias, as inscrições que forem formalizadas dentro do prazo de 30 (trinta) dias após o vencimento do período de experiência, ficam isentas do cumprimento das carências.

OBS.1.: Quando a inscrição for formalizada até 120 dias da data de admissão haverá isenção do cumprimento de carências.

Exemplo: Data de admissão 10/12/2009 com período de experiência de 90 (noventa) dias, que vence em 09/03/2010, se a adesão ao plano for formalizada até o dia 08/04/2010 o beneficiário ficará isento do cumprimento das carências.

OBS.2.: Quando a inscrição for formalizada até 120 dias da data de admissão da transferência entre filiais haverá isenção do cumprimento de carências, desde que a filial de origem não tenha acesso ao plano de saúde.

Exemplo: Data de admissão na filial 1 10/12/2009 com período de experiência de 90 (noventa) dias, que venceu em 09/03/2010 (está filial não tinha plano de saúde). Porém funcionário foi transferido para a filial 2 em 02/09/2013, assim terá 120 dias para formalizar

sua inclusão no plano de saúde (até o dia 02/12/2013 ficando isento do cumprimento das carências).

- **Com carências normais para o titular e dependente:** que formalizarem a adesão ao plano de saúde 30 dias após a celebração do contrato ou após 120 dias da vinculação a pessoa jurídica contratante.

É **importante** que a data da formalização da inscrição no plano seja preenchida no formulário cadastral. Caso a data não esteja preenchida, será considerada a data do recebimento do formulário na Unimed Federação.

OBS.: Se a pessoa jurídica contratante possuir mais de um contrato, não será considerada a soma do número de beneficiários. Salvo se houver negociação específica registrada na contratação dos planos ou a quantidade de vidas vinculada ao mesmo contrato de comercialização.

1.1.2 Plano Coletivo Por Adesão

O plano coletivo por adesão deverá observar as regras de carências abaixo descritas:

a) **Isenção na contratação** – Os titulares e dependentes que ingressarem no plano em até 30 dias da celebração do contrato ficam isentos do cumprimento das carências previstas no contrato.

b) **Isenção a cada aniversário de contrato** – Os titulares que formalizarem o ingresso no plano em até 30 dias após o aniversário do contrato, desde que a vinculação a pessoa jurídica contratante tenha sido efetivada após 30 dias da celebração do contrato e nos últimos 11 meses que antecedem cada aniversário de contrato, ficam isentos do cumprimento das carências previstas. Regra válida inclusive para aqueles que se tornaram dependentes neste mesmo período.

c) A isenção é extensiva aos dependentes inscritos na mesma data do titular.

d) Lembrando que os filhos recém nascidos e adotivos menores de 12 anos inscritos nas condições e prazos previstos no item 2.3.1, deste manual, ficam isentos do cumprimento das carências.

e) **Carências normais:** Para os titulares e dependentes inscritos fora dos prazos mencionados nos itens a, b e d.

1.2 DOCUMENTAÇÃO

São considerados os formulários, devidamente preenchidos e assinados, com as solicitações de: inclusão, exclusão, transferência ou alteração e encaminhados à Unimed com a documentação (conforme item 2) exigidas pela ANS por meio da Resolução Normativa nº 117/05 e Resolução Normativa nº 295/10, além da Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde quando necessário.

As movimentações cadastrais só serão processadas mediante recebimento dos formulários originais, bem como carta de orientação e declaração de saúde, quando necessário e cópia dos documentos via correio. Não serão aceitos processos via fax ou e-mail.

1.3 ASSINATURA DOS DOCUMENTOS

1.3.1 PESSOA JURÍDICA

- a) Os formulários deverão conter carimbo e assinatura da pessoa jurídica contratante.
- b) Se a empresa não tiver carimbo com identificação, deve informar o nome do responsável legal que está assinando o documento.

1.3.2 BENEFICIÁRIO

- a) Os formulários deverão conter a assinatura do beneficiário titular, assinatura e carimbo da empresa contratante, nome e cargo da pessoa responsável.
- b) A assinatura do beneficiário no formulário cadastral deve ser igual ou semelhante a assinatura do documento de identidade (RG ou CNH).
- c) **Assinatura por extenso de titular casado que adotou o sobrenome do marido:** A assinatura deverá ser conforme identidade, acrescida do sobrenome do marido (conforme Certidão de Casamento).

1.4 ENDEREÇO

Contratante: Em caso de solicitação de alteração de endereço, este deverá ser preenchido com o endereço que consta no comprovante.

Beneficiário: O formulário de cadastro deve ser preenchido com o mesmo endereço que consta no comprovante de endereço residencial do beneficiário.

1.5 RASURAS

Os formulários de cadastro, declaração de saúde, carta de orientação ao beneficiário, termo aditivo de agravo ou termo de formalização de CPT **não podem conter nenhum tipo de rasura.**

1.6 CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

A Resolução Normativa - RN nº 162, de 17 de outubro de 2007, estabelece a obrigatoriedade da Carta de Orientação ao Beneficiário, que passa a ser parte integrante e obrigatória dos contratos de planos de saúde que requerem preenchimento da declaração de saúde, devendo a carta ser anexada a referida declaração de saúde, observar item 1.7.

Os campos da carta de orientação ao beneficiário (CPF, nome, data, local e assinatura), devem ser preenchidos pelo beneficiário ou responsável legal, assinatura igual ou semelhante ao do RG ou CNH (ver item 1.3.2).

1.7 DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Deve ser obrigatoriamente anexada ao pedido de inscrição, observando as regras abaixo:

1.7.1 PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

1.7.1.1 Contratos **com até** 29 beneficiários inscritos no plano, conforme último faturamento – haverá análise de doenças ou lesões preexistentes com aplicação da cobertura parcial temporária ou agravo para as novas inscrições de titulares e dependentes.

1.7.1.2 Contratos **a partir** de 30 vidas, conforme último faturamento:

Sem análise de Doenças e Lesões Preexistentes (DLP) (titular e dependente):

a) Que formalizarem a sua adesão ao plano em até 30 dias da celebração do plano de saúde da pessoa jurídica com a Unimed, ou

b) Que formalizarem a sua adesão ao plano em até 30 dias após a vinculação a pessoa jurídica contratante. Em função do contrato de experiência, que tem período máximo de 90 (noventa) dias, as inscrições que forem formalizadas dentro do prazo de 30 (trinta) dias após o vencimento do período de experiência, ficam isentas da análise de DLP.

OBS.1: Quando a inscrição for formalizada após 120 dias da data de admissão é necessário o preenchimento da declaração de saúde para análise da DLP.

Exemplo: Data de admissão 10/12/2009 com período de experiência de 90 (noventa) dias, que vence em 09/03/2010, se a adesão ao plano for formalizada até o dia 08/04/2010 o beneficiário ficará isento da análise da DLP.

OBS. 2.: Quando a inscrição for formalizada até 120 dias da data de admissão da transferência entre filiais haverá isenção do cumprimento de carências, desde que a filial de origem não tenha acesso ao plano de saúde.

Exemplo: Data de admissão na filial 1 10/12/2009 com período de experiência de 90 (noventa) dias, que venceu em 09/03/2010 (está filial não tinha plano de saúde). Porém funcionário foi transferido para a filial 2 em 02/09/2013, assim terá 120 dias para formalizar sua inclusão no plano de saúde (até o dia 02/12/2013 ficando isento do preenchimento da Declaração de Saúde).

• **Com análise de Doenças e Lesões Preexistentes – DLP (titular e dependente):** que formalizarem a adesão ao plano de saúde 30 dias após a celebração do contrato ou 120 dias da vinculação a pessoa jurídica contratante e com aplicação da cobertura parcial temporária ou agravo.

É **importante** que a data da formalização da inscrição no plano seja preenchida no formulário cadastral. Caso a data não esteja preenchida, será considerada a data do recebimento do formulário na Unimed Federação.

OBS.: Se a pessoa jurídica contratante possuir mais de um contrato, não será considerada a soma do número de beneficiários. Salvo se houver negociação específica registrada na

contratação dos planos ou a quantidade de vidas vinculada ao mesmo contrato de comercialização.

1.7.2 PLANO COLETIVO POR ADESÃO

Independentemente do número de beneficiários inscritos no contrato, sempre haverá preenchimento da declaração de saúde e análise de Doenças e Lesões Preexistentes, para aplicação da cobertura parcial temporária ou agravo.

1.8 PROCESSOS INCOMPLETOS

As solicitações de inclusão, exclusão, transferência ou alterações que estiverem incompletas, ou sem cópia da documentação exigida, rasuradas ou sem assinatura **não serão efetivadas**. A Unimed solicitará ao Contratante a documentação ou dados faltantes, caso estes não sejam encaminhados até o prazo determinado os formulários serão devolvidos.

OBS.: A efetivação de processos incompletos consiste na penalização da operadora, em função do descumprimento das Resoluções Normativas nº 117/05 e 295/10 da ANS.

1.9 ENTREGA

O (a) contratante deverá entregar os Formulários e cópia da documentação exigida pela ANS nas Unimed Locais abaixo: Unimed Alto Irani (Xanxerê), Unimed Canoinhas, Unimed Concórdia, Unimed Curitiba, Unimed Jaraguá do Sul, Unimed Riomafra, Unimed Vale do Iguaçu (Porto União) e Unimed Videira, os processos devem ser recebidos na Sede da Unimed do Estado de Santa Catarina dentro do prazo estabelecido no item 1.10.

ARQUIVO ELETRÔNICO: As contratantes que encaminham a movimentação mensal via arquivo eletrônico txt, também devem observar as regras e prazos, dispostas neste Manual.

1.10 PRAZOS

As movimentações de cadastro devidamente assinadas devem ser encaminhadas ao Setor de Cadastro da Unimed do Estado de Santa Catarina, até o dia 15 de cada mês para terem efeito a partir do 1º dia do mês subsequente, **salvo quando se tratar de inscrição de recém-nascido ou exclusão por óbito. Consultar itens 2.1 vigência da inscrição e 7.1 vigência da exclusão.**

2 INCLUSÃO

2.1 VIGÊNCIA DA INSCRIÇÃO

Todos os pedidos de inclusões recebidos na Unimed do Estado de Santa Catarina entre o dia 1º até 15 de cada mês ou último dia útil anterior, serão processados com vigência a partir do 1º dia do mês seguinte e cobradas na fatura da competência seguinte.

Ex: Inclusão recebida até o dia 15/01 será processada com vigência 01/02 e cobrada na fatura do mês de fevereiro.

2.1.1 VIGÊNCIA DA INSCRIÇÃO DO EX-EMPREGADO

Se o empregado contribuiu no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde, a empresa, no momento da comunicação do aviso prévio, indenizável ou não, deverá coletar assinatura do empregado no comunicado que trata do direito a manutenção do plano de saúde na condição de ex-empregado.

O ex-empregado deverá no prazo de 30 (trinta) dias a partir da comunicação, se deseja ou não manter o plano de saúde. Se sim, necessário formalizar a manutenção do plano na condição de ex-empregado.

Na inclusão de beneficiários na condição de ex-empregado (demitido ou aposentado) a vigência seguirá conforme regras abaixo:

- **Conforme data indicada no formulário de adesão da manutenção do plano de ex-empregado;**

Ex: data de início de vigência 30 dias após a data de assinatura do Comunicado. Beneficiário assinou o comunicado no dia 10/04/2014, foi excluído 01/05/2014, se optar pela data de vigência 30 dias após a assinatura do Comunicado, vigência ficará 10/05/2014, neste caso o beneficiário ficará sem cobertura por 09 dias. Portanto, a Unimed não se responsabilizará pelo período sem cobertura do beneficiário.

- **Se a data de vigência não estiver informada no formulário, a data de vigência como ex-empregado será igual a data de exclusão do beneficiário no plano como empregado ativo.**

Ex.: Beneficiário foi demitido da Empresa X e assinou o comunicado que trata do direito a manutenção do plano de saúde na condição de ex-empregado na data de 09/10/2013. A empresa solicitou a exclusão do beneficiário como empregado ativo a partir de 01/11/2013.

Se o formulário relativo a manutenção do plano como ex-empregado vier sem data de vigência preenchida, a Unimed cadastrará o ex-empregado com vigência a partir de 01/11/2013.

2.2 COMO SOLICITAR INSCRIÇÃO DE UM NOVO BENEFICIÁRIO

A solicitação de inclusão deve ser feita mediante o preenchimento do formulário de cadastro (conforme anexos), o qual deve ser assinado pela pessoa jurídica contratante e beneficiário titular. O pedido de inclusão deve ser encaminhado à Unimed dentro do prazo estabelecido no item 2.1 vigência da inscrição, acompanhado da: **Carta de Orientação ao Beneficiário, Declaração de Saúde quando necessário** (ver orientações itens 1.6 e 1.7) e **cópia dos documentos abaixo, conforme determina a Resolução Normativa nº 117/05 e 295/10.**

2.2.1 TITULAR

- RG
- CPF
- CNS (se disponível)
- Comprovante de endereço em nome do titular ou declaração, para as situações listadas no anexo 2.
- Número de telefone do titular (obrigatório)
- Coletivo empresarial - Comprovante de vínculo empregatício (conforme descrito no anexo 3).
- Coletivo por adesão – Comprovante de vínculo de caráter profissional, classista ou setorial (conforme descrito no anexo 4).

Obs: para inclusão de titulares menores de 18 anos, o formulário cadastral, carta de orientação ao beneficiário e declaração de saúde deverão ser preenchidos e assinados pelo responsável e anexar a cópia do RG e CPF do mesmo.

2.2.2 DEPENDENTES

a) Esposa

- RG

- CPF, a partir de 18 anos **é obrigatório***
- CNS (se disponível)
- Certidão de casamento

Obs.: *obrigatório envio do CPF para os beneficiários que completaram 18 anos após a inclusão no plano.

b) Filho até 24 anos incompletos

- RG ou certidão de nascimento
- CPF, a partir de 18 anos **é obrigatório***
- CNS (se disponível)

Obs.: *obrigatório envio do CPF para os beneficiários que completaram 18 anos após a inclusão no plano.

c) Filho adotivo até 24 anos incompletos

- RG ou certidão de nascimento
- Se ainda não tiver a Certidão de Nascimento, apresentar o Termo de adoção.
- CPF, a partir de 18 anos **é obrigatório***
- CNS (se disponível)

Obs.: *obrigatório envio do CPF para os beneficiários que completaram 18 anos após a inclusão no plano.

d) Filho incapaz

- Curatela ou Tutela para filhos incapazes com problemas mentais
- Relatório de perícia médica do INSS ou uma junta médica para filhos incapazes com problemas físicos
- RG ou certidão de nascimento
- CPF, a partir de 18 anos **é obrigatório***
- CNS (se disponível)

Obs.: *obrigatório envio do CPF para os beneficiários que completaram 18 anos após a inclusão no plano.

e) Enteado até 24 anos incompletos

- RG ou certidão de nascimento
- CPF, a partir de 18 anos **é obrigatório***
- CNS (se disponível)
- Certidão de casamento ou declaração pública de união estável entre o titular e cônjuge.

Obs.: *obrigatório envio do CPF para os beneficiários que completaram 18 anos após a inclusão no plano.

f) Criança ou adolescente sob guarda até 24 anos incompletos

- Termo de guarda ou tutela
- RG ou certidão de nascimento
- CPF, a partir de 18 anos **é obrigatório***
- CNS (se disponível)

Obs.: *obrigatório envio do CPF para os beneficiários que completaram 18 anos após a inclusão no plano.

g) Companheira (o)

- RG
- CPF, a partir de 18 anos **é obrigatório***
- CNS (se disponível)
- Escritura Pública emitida pelo cartório; ou Declaração Particular assinada pelo casal com firma reconhecida e duas testemunhas.

Obs.: *obrigatório envio do CPF para os beneficiários que completaram 18 anos após a inclusão no plano.

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

OBS 2: O nome dos beneficiários não poderão ser abreviados, conforme exigência da ANS através da Resolução Normativa nº 295 e IN 35.

2.3 COMO SOLICITAR INCLUSÃO DE NOVOS DEPENDENTES DO TITULAR

A solicitação de inclusão de um novo dependente deve ser realizada mediante o preenchimento do formulário de cadastro (conforme anexos), com indicação do código do beneficiário titular e/ou o nome completo. O formulário deverá conter:

- a) Assinatura e carimbo da pessoa jurídica contratante;
- b) Assinatura do beneficiário titular;
- c) Anexar as cópias dos documentos mencionados no item 2.2
- d) Anexar Carta de Orientação ao Beneficiário (item 1.6) e

- e) Anexar Declaração de Saúde quando for necessário (item 1.7)
- f) Enviar comprovante residencial, caso o endereço informado no formulário seja diferente do informando no momento da inclusão do titular.
- g) Encaminhar à Unimed dentro do prazo estabelecido no item 2.1

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) Filho recém-nascido

I.1) Filho recém-nascido Natural ou Adotivo: 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 as carências para os procedimentos de 180 dias:
 - A criança entra isento de carências.
- b) Na data do nascimento, **a mãe ou o pai** do recém-nascido não tiverem cumprido os procedimentos de 180 dias:
 - A criança seguirá as carências do titular (aproveitamento das carências já cumpridas).
 - Não caberá alegação de DLP.
- c) A inscrição seja solicitada em até 30 dias após o nascimento;
- d) Seja apresentada a certidão de nascimento;
- e) Seja apresentado o Termo de guarda para fins de adoção;
- f) Seja paga a inscrição e a mensalidade do recém-nascido no vencimento da próxima fatura.

Obs.: A data da vigência do recém - nascido natural ou adotivo no plano será 30 dias após o nascimento.

Os filhos inscritos 30 dias após o nascimento ou que não se enquadrarem na situação acima, devem preencher a Carta de Orientação ao Beneficiário (item 1.6) e a Declaração de Saúde (item 1.7), cumprirão carências normais.

II) Filho Adotivo, Tutelado ou Sob Guarda - menor de 12 anos.

II.1) Filho adotivo, Tutelado ou Sob Guarda menor de 12 anos: É assegurada a inscrição no plano do adotante ou responsável legal, inclusive com o aproveitamento dos períodos de carências já cumpridas, desde que:

- a) A inscrição seja feita no prazo de até 30 dias a contar da guarda, tutela ou adoção;
- b) Seja apresentada a certidão de nascimento;
- c) Seja apresentado o termo de guarda ou tutela.
- d) Seja paga a inscrição e a mensalidade no vencimento da próxima fatura;

Obs.: A data da vigência do filho adotivo, tutelado ou sob guarda no plano será a 30 dias após a adoção.

A inscrição de filho adotivo, tutelado ou sob guarda menor de 12 anos fora dos prazos acima previstos ou que não se enquadrarem na situação acima, devem preencher a Carta de Orientação ao Beneficiário (item 1.6) e a Declaração de Saúde (item 1.7) e cumprirão carências normais.

II.2) Filho menor de 12 anos com reconhecimento de paternidade: É assegurada a inscrição de filhos com reconhecimento de paternidade do titular, na mesma cobertura do pai e inclusive com o aproveitamento dos períodos de carências já cumpridas, desde que:

- a) A inscrição seja feita no prazo de até 30 dias a contar do reconhecimento da paternidade;
- b) Seja apresentada a sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento de paternidade;
- c) Seja apresentada a certidão de nascimento;
- d) Seja paga a inscrição e a mensalidade no vencimento da próxima fatura;

Obs.: A data da vigência do **filho menor de 12 anos com reconhecimento de paternidade** no plano será 30 dias após o reconhecimento.

Os filhos com reconhecimento de paternidade inscritos fora dos prazos acima previstos ou que não se enquadrarem na situação acima, devem preencher a Carta de Orientação ao Beneficiário (item 1.6) e Declaração de Saúde (item 1.7), e cumprirão carências normais.

OBS.: as regras dos incisos I e II do item 2.3.1 não se aplicam aos contratos em custo operacional, pois não possuem cláusula de carências.

2.4 INCLUSÃO RETROATIVA

As inclusões retroativas serão aceitas nas hipóteses abaixo:

As movimentações cadastrais (inclusões e exclusões) recebidas após o dia 15 de cada mês até o último dia do mês corrente, poderão ser processadas com vigência retroativa, ou seja, serão processadas com vigência a partir do 1º dia do mês seguinte desde que o Contratante indique a vigência desejada no formulário cadastral. Os valores das mensalidades serão cobrados na fatura subsequente.

Ex: Movimentação recebida a partir do dia 16/01 poderá ser processada com vigência 01/02. Na fatura de março serão cobradas as mensalidades referentes aos meses de fevereiro e março.

Qualquer pedido de inclusão ou reinclusão retroativa diferente da acima indicada devem ser justificadas por escrito e autorizadas pelo Presidente da Prestadora.

2.5 Taxa de inscrição em contratos vigentes

A taxa de inscrição será cobrada da seguinte forma:

a) Novas inclusões – 100%

b) Quando alteração de plano dentro da mesma empresa – 50%

Ex: beneficiário da empresa X está alterando do plano enfermaria para o apartamento

c) Transferência de filial/unidade – 50%

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, 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 serão incluídas na fatura subsequente.

Ex: beneficiário excluído em 01/12/08, reincluído em 20/01/09, as mensalidades de dezembro, janeiro, fevereiro e março serão cobradas na fatura de março.

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.

3.2 TAXA DE INSCRIÇÃO DA REINCLUSÃO

A taxa de inscrição para a reinclusão de um beneficiário seguirá conforme regras:

- a) Reinclusão solicitada até os 30 dias da exclusão - isento da taxa de inscrição,
- b) Reinclusão solicitada após os 30 dias da exclusão - será cobrado 100% da taxa de inscrição.

4 ALTERAÇÕES

4.1 COMO SOLICITAR A CORREÇÃO DE DADOS CADASTRAIS

As correções ou alterações deverão ser solicitadas via cadastro web ou e-mail e anexar cópia dos documentos comprobatórios que deverão ser entregues na Unimed.

Para as alterações como nome e sobrenome deverá ser enviada cópia do documento atualizado como RG ou Certidão de casamento.

5 TRANSFERÊNCIA DE CONTRATO (MUDANÇA DE PLANO), FILIAL OU UNIDADE

5.1 COMO PROCEDER PARA FAZER UMA TRANSFERÊNCIA DE UM BENEFICIÁRIO PARA OUTRO CONTRATO (MUDANÇA DE PLANO)

A mudança de plano consiste na alteração de contrato da mesma contratante com características diferentes do plano atual, por exemplo: abrangência, acomodação, coparticipação, etc.

1. Preencher o Formulário Cadastral com a opção Mudança de Plano e o campo Código Origem do Beneficiário;
2. Quando ocorrer alteração dos dados cadastrais, anexar cópia do documento comprobatório;
3. Preencher Carta de Orientação e Declaração de Saúde (conforme itens 1.6 e 1.7), nas situações abaixo:
 - Plano Regulamentado, possua menos de 24 meses de plano de saúde na mesma operadora
 - Plano Não Regulamento seguir regras da migração conforme RN 254.
4. Alteração de segmentação.
5. Preencher a Súmula Normativa 21 (anexo 9): sempre que um beneficiário mudar de plano enfermaria para apartamento, será necessário o envio da declaração assinada para que possa ser aplicada carência para acomodação. A declaração assinada também deverá ser enviada a Federação, quando for mudança de abrangência: de regional para estadual ou nacional, de estadual para nacional. Exceto se a prestadora isentar as carências para ampliação do plano.
6. Encaminhar formulário de exclusão do código anterior.

5.2 COMO PROCEDER PARA FAZER UMA TRANSFERÊNCIA DE UM BENEFICIÁRIO PARA OUTRA FILIAL OU UNIDADE

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

1. Preencher o Formulário Cadastral com a opção Transferência Filial/Unidade e os campos: Código Origem do Beneficiário.
2. Quando ocorrer alteração dos dados cadastrais, anexar cópia do documento comprobatório.
3. Encaminhar formulário para exclusão do código anterior.

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

5.3 TAXA DE INSCRIÇÃO

5.3.1 Mudança de Plano

- a) Quando a mudança ocorrer dentro da mesma empresa será cobrado 50% da taxa de inscrição.
- b) Empresas diferentes, será cobrado 100% da taxa de inscrição.

5.3.2 Transferência de Filial/Unidade

- a) Será cobrado 50% da taxa de inscrição.

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 do Estado de Santa Catarina através do e-mail segundaviacartao@unimedsc.com.br ou Unimed Local uma 2ª via do cartão. O valor do cartão será cobrado na próxima fatura/boleto. No caso de roubo, apresentando o Boletim de Ocorrência (com a descrição da perda do cartão do plano de saúde), a 2ª via do cartão não será cobrada.

7 EXCLUSÃO

7.1 VIGÊNCIA DA EXCLUSÃO

Todas as exclusões recebidas na Unimed do Estado de Santa Catarina entre o dia 1º até 15 de cada mês ou último dia 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. Observar as regras previstas no item 7.5.

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

Contrato em custo operacional: A data de exclusão dos beneficiários será conforme a indicação da pessoa jurídica contratante no campo data de exclusão do formulário.

Em virtude da cobrança de ressarcimento ao SUS, sugerimos que a data da exclusão seja a data do preenchimento do formulário e recolhimento do cartão do plano ou a data da perda do vínculo com a pessoa jurídica contratante.

7.2 COMO SOLICITAR A EXCLUSÃO DE UM TITULAR

Preencher o formulário de exclusão (conforme anexos) 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 do titular e respectivos dependentes quando houver.

Se for plano coletivo com cobrança contra o titular, este também deve assinar o formulário de exclusão.

Sempre que o **motivo da exclusão for demissão sem justa causa ou aposentadoria** será necessário o preenchimento do questionário obrigatório do formulário de exclusão, se o beneficiário contribuía* financeiramente para o pagamento do seu plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa, a pessoa jurídica contratante deverá ofertar formalmente o benefício do art. 30 e 31 da Lei 9656/98. No anexo 6, consta o modelo do Comunicado – do empregador para empregado.

OBS.: A Unimed poderá a qualquer tempo, solicitar a comprovação das informações preenchidas no formulário de exclusão, quando o motivo da exclusão for demissão sem justa causa ou aposentadoria.

Este benefício não se aplica aos contratos:

- 1) Não regulamentados, que observam o disposto nas cláusulas contratuais;
- 2) Regulamentados (firmados a partir de janeiro de 1999) coletivo por adesão e em pós pagamento na modalidade de custo operacional.

Para a exclusão do beneficiário é necessário que o empregador informe a operadora os seguintes dados, conforme anexo 9:

- a) Se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;
- b) Se o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa se enquadra no disposto no artigo 22 da RN 279;
- c) Se o beneficiário contribuía para o pagamento do plano de saúde;
- d) Por quanto tempo o beneficiário contribuiu para o pagamento do plano de saúde. (Devem ser consideradas as contribuições do titular em planos anteriores mantidos pelo mesmo empregador em pré-pagamento ou pós-pagamento na opção rateio, com a mesma operadora ou em outra, desde que não tenha havido interrupção entre os planos);
- e) Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.
- f) Se o beneficiário optar pela manutenção do plano na condição de ex-empregado, o processo de inclusão deverá ser encaminhado em conjunto com o processo de exclusão.

OBS 1: Ao excluir o titular, automaticamente os dependentes vinculados no mesmo código do titular serão excluídos. Em caso de morte do titular (demitido ou aposentado), o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima. Ver mais informações no 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.

OBS 3: Mais informações sobre os benefícios para ex-empregados (demitidos ou aposentados) anexo 1.

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.

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

41 - Rompimento do contrato por iniciativa do Beneficiário ou Contratante

42 - Desligamento da empresa (planos coletivos)

44 - Exclusão por Óbito, anexar cópia da Certidão de Óbito.

7.5 EXCLUSÃO RETROATIVA

As exclusões retroativas serão aceitas nas hipóteses abaixo:

As movimentações cadastrais (exclusões) recebidas após o dia 15 de cada mês até o último dia do mês corrente, poderão ser processadas com vigência retroativa, ou seja, serão processadas com vigência a partir do 1º dia do mês seguinte e a devolução da mensalidade na fatura da competência subsequente, desde que o Contratante indique a vigência desejada no formulário cadastral.

Ex: Movimentação recebida a partir do dia 16/01/2009 poderá ser processada com vigência 01/02/09. Na fatura de março será devolvida a mensalidade referente ao mês de fevereiro.

Qualquer pedido de exclusão retroativa diferente do acima indicado deve ser justificado por escrito e sempre estar acompanhado do cartão de identificação do plano.

Caso tenha ocorrido algum atendimento assistencial entre a data da solicitação e a data de exclusão retroativa, os valores serão cobrados integralmente da pessoa jurídica contratante. **Esta regra se aplica também para os pedidos de exclusão retroativa por óbito, com atendimentos realizados pelos dependentes.**

Ex: Solicitação de exclusão recebida e processada em 30/01/09 com data retroativa a 01/12/08, caso tenha ocorrido algum atendimento durante este período, os valores serão cobrados integralmente da contratante.

As movimentações cadastrais (exclusões) pelo motivo de óbito serão processadas com vigência retroativa, ou seja, a data da exclusão será um dia após o óbito e a devolução da mensalidade proporcional na fatura da competência subsequente.

Ex: Data de óbito 20/01/10, a data de exclusão será a partir de 21/01/10. Na fatura de março será devolvida a mensalidade proporcional aos dias em que o beneficiário não permaneceu no plano (ou seja, será devolvido o valor correspondente a 9 dias).

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 coparticipação, abrangência e tipo de acomodação.

8.1 CONTRATO PRÉ - PAGAMENTO – REGULAMENTADO

Não serão aceitos os processos preenchidos de forma incorreta ou incompleta, ou 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.

% Coparticipação: 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

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

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

Transferência: Código de Origem e Destino: Preencher conforme situações mencionadas no 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 nos seguintes casos:

- Se a data de exclusão do plano anterior em pré-pagamento for superior a 30 dias da data de vigência no novo plano; e
- Quando o plano anterior for em custo operacional.

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;

CNS: Quando disponível

SEGURO PROTEÇÃO FAMILIAR, SEGURO DE VIDA EM GRUPO E SEGURO GARANTIA FUNERAL: Este campo só deve ser preenchido caso a pessoa jurídica contratante tenha contratado os respectivos serviços adicionais. Devendo ser preenchido com o 1º dia do mês seguinte.

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

OBRIGAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE – entregar ao beneficiário titular cópia dos documentos abaixo:

- **RECEBIMENTO DO CONTRATO:** para que tenha conhecimento das coberturas, não coberturas e demais cláusulas previstas no mesmo, conforme determina a Instrução Normativa nº 20 da DIPRO/ANS.
- **MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE:** manual criado pela ANS, conforme RN 195/09, para facilitar a leitura do contrato e orientar os beneficiários sobre os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de um plano de saúde.

8.2 CONTRATO CUSTO OPERACIONAL – REGULAMENTADO

Não serão aceitos os processos preenchidos de forma incorreta ou incompleta, ou 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.

% Coparticipação: 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

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 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,

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

Transferência: Código de Origem e Destino: Preencher conforme situações mencionadas no 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 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;

CNS: Quando disponível;

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

OBRIGAÇÃO DA PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE: entregar ao beneficiário titular cópia dos documentos abaixo:

- **RECEBIMENTO DO CONTRATO:** para que tenha conhecimento das coberturas, não coberturas e demais cláusulas previstas no mesmo, conforme determina a Instrução Normativa nº 20 da DIPRO/ANS.
- **MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE:** manual criado pela ANS, conforme RN 195/09, para facilitar a leitura do contrato e orientar os beneficiários sobre os principais aspectos a serem observados no momento da contratação de um plano de saúde.

9 BENEFÍCIO PREVISTO NO CONTRATO: FEA

Trata-se de um período de remissão previsto em contrato, o qual garante aos dependentes que estiverem inscritos 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. (Ver regras estabelecidas na cláusula contratual)

1. **Os contratos em pré-pagamento** preveem o direito ao Fundo de Extensão Assistencial (FEA);
2. **Contrato em custo operacional:** Neste tipo de contrato, a contratação da cobertura de remissão (FEA) é opcional, em caso de dúvida a contratante deve confirmar a cobertura com a Unimed.

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, 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, pelo prazo de:

- a. até 5 (cinco) anos, contados a partir do dia seguinte a data do óbito do beneficiário titular, inscritos em contratos com vigência até 31/12/2010.
- b. até 3 (três) anos, contados a partir do dia seguinte a data do óbito do beneficiário titular, inscritos em contratos com vigência a partir de 01/01/2011.

Além do pedido de exclusão do beneficiário titular do plano de saúde Unimed, deve ser encaminhada solicitação do benefício FEA requerendo a inscrição dos dependentes, juntamente com os documentos abaixo:

- a) Formulário “Solicitação Benefício FEA” devidamente preenchido e assinado
- b) Certidão de óbito do titular;
- c) CPF e RG para titular e dependentes;
- d) Certidão de casamento para cônjuge atualizada;
- e) Escritura pública ou declaração particular ou certidão de nascimento de filhos em comum com o titular para companheiro (a);
- f) Certidão de nascimento ou RG dos filhos ou enteados solteiros, e outros documentos que comprovam a dependência dos usuários;
- g) CPF para filhos solteiros maiores de 18 anos
- h) 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 com problemas mentais;
- i) Para filhos incapazes com problemas físicos relatório de perícia médica do INSS ou uma junta médica
- j) Comprovante de dependência financeira para agregados (desde que o contrato tenha previsão para inscrição de agregados no benefício do FEA);
- k) Comprovante de endereço atualizado (90 dias), dos dependentes com a anotação do número de telefone dos mesmos;
- l) Cópia da frente do cartão de identificação para titular e dependente(s).

O processo será avaliado e se atendidas às 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.

IMPORTANTE: A documentação para requerer o benefício do FEA deve ser encaminhada para Unimed no prazo de até 30 dias após o óbito do titular e a Unimed terá 30 (trinta) dias para concluir a análise do processo.

ANEXO 1 - FUNCIONÁRIOS DEMITIDOS E APOSENTADOS

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

REGRAS GERAIS PARA MANUTENÇÃO DE EX-EMPREGADOS NO PLANO DE SAÚDE

I - CONTRATO PRÉ-PAGAMENTO – OPÇÃO DO EMPREGADOR

1) Inscrição no mesmo plano dos empregados ativos

- Ficam mantidas as mesmas condições de reajuste, preço, faixa etária e fator moderador existentes durante a vigência do contrato de trabalho.
- Se o contrato dos ativos adotar preço único, o ex-empregado assume o valor integral por faixa etária. **Preço por faixa etária que deu origem a tabela de valor único.**
- O empregador pode subsidiar o plano dos ex-empregados ou promover a participação dos empregados ativos no financiamento. O valor subsidiado deve ser explicitado aos beneficiários.

2) Plano exclusivo para ex-empregados:

- Celebrar contrato com a mesma operadora em pré-pagamento.
- Na mesma: segmentação, cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação, abrangência e fator moderador do plano dos ativos.
- Valores devem ser por faixa etária e podem ser diferentes do valor do plano dos ativos.
- Alternativamente o empregador pode contratar um plano mais acessível na mesma segmentação, com rede assistencial, abrangência e acomodação diferenciada. Um plano mais acessível. Importante, neste caso, as duas opções de plano devem ser oferecidas em conjunto para escolha do ex-empregado.

II - CONTRATO CUSTO OPERACIONAL

Conforme Sumula nº 9, existem duas opções para os contratos de pós-pagamento:

1. Participação do beneficiário no pagamento do custo assistencial a título de coparticipação – nesta modalidade **não pode** haver contribuição fixa do beneficiário;

2. Rateio do custo assistencial entre os benefícios inscritos no plano.

Conforme RN 279, somente os beneficiários de contratos coletivos empresariais de pós-pagamento na modalidade rateio, tem direito ao benefício previsto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656.

Os beneficiários de contratos de pós-pagamento na modalidade de custo operacional, só tem direito se já contribuíram no pagamento de plano anterior em pré-pagamento ou pós-pagamento na modalidade rateio, mantidos pelo mesmo empregador, nesta ou em outra operadora, sem interrupção, conforme determina a RN 279/11. Nesta situação, obrigatoriamente a CONTRATANTE deverá contratar um plano de saúde exclusivo para ex-empregados, na modalidade pré-pagamento, para inscrição dos demitidos ou exonerados sem justa causa ou aposentados.

III - CONTRIBUIÇÃO

É considerado como contribuição qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou integralmente a mensalidade do seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício. Não é considerada contribuição à co-participação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e nem valores pagos relativos a mensalidade do plano de saúde dos dependentes ou agregados.

Na concessão do benefício, será considerada a contribuição em planos anteriores:

- Regulamentados, adaptados e não regulamentados;
- Em pré-pagamento ou pós pagamento na opção rateio;
- Em sucessivas contratações do empregador, nesta ou em outra operadora;
- Bem como em caso de processo de fusão, incorporação, cisão e transformação de empresas.

Obs.: Mesmo que no momento do desligamento não esteja contribuindo no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde.

Exemplos:

Ex 1 – 10 anos de plano na mesma empresa, só contribuiu para o pagamento do plano nos primeiros 2 anos. Devem ser considerados os 2 anos de contribuição para o cálculo de permanência.

Ex 2 – O beneficiário tem 15 anos de plano na mesma empresa, sendo 5 anos na Unimed e 10 anos no plano de outra operadora. O beneficiário contribuía no plano da outra operadora e na migração para Unimed não houve mais contribuição. Devem ser considerados os 10 anos de contribuição para o cálculo de permanência.

IV – QUEM PODERÁ SER MANTIDO NO PLANO

A opção da manutenção pode ser feita individualmente pelo ex-empregado ou com parte do seu grupo familiar.

TITULAR

1) Demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado;

1.1 Demitido – Direito de permanecer na condição de demitido em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa; e

1.2 Aposentado – Direito de permanecer na condição de aposentado em caso de rescisão do contrato de trabalho pelo motivo de aposentadoria. O empregado que se aposentar e permanecer trabalhando na mesma empresa, no momento do desligamento terá direito ao benefício na condição de aposentado.

2) Que contribui ou tenha contribuído no pagamento da mensalidade de seu plano de saúde (conforme, mencionado no item II-Contribuição);

3) Considerar a contribuição em sucessivos planos mantidos pelo empregador nesta ou em outra operadora.

DEPENDENTES

a) O grupo familiar que estava inscrito na vigência do contrato de trabalho;

b) Pode ser incluído novo cônjuge ou filho do ex-empregado durante o período de manutenção do benefício;

c) Em caso de morte do titular é assegurado o direito de permanência dos dependentes;

d) Em caso de falecimento do empregado aposentado que continuou trabalhando - direito de manutenção dos dependentes nos termos do artigo 31 da Lei 9656/98.

Obs.1: Nos casos dos itens mencionados nas letras “c” e “d”, deverá ser assinado um termo aditivo para eleger novo titular que ficará responsável pelas obrigações contratuais, incluindo pagamento da mensalidade.

V – OPÇÃO PELA MANUTENÇÃO DO PLANO NA CONDIÇÃO DE EX-EMPREGADO:

a) É dever do empregador, comunicar formalmente o ex-empregado no ato da comunicação do aviso prévio, sobre a opção de manutenção do plano na condição de demitido ou aposentado. Conforme orientações do item 7 Exclusão

b) O ex-empregado terá 30 dias a partir da data da comunicação para se manifestar.

*Se a empresa não comunicou no ato do aviso prévio, o prazo de 30 dias só vai começar a contar a partir do momento que a empresa o fizer.

c) A opção da manutenção do plano na condição ex-empregado, deve ser formalizado através do formulário Inscrição Ex-Empregado.

d) Devendo o ex-empregado assumir o pagamento integral do plano;

e) A operadora **só poderá** processar a exclusão mediante documento que comprove que o ex-empregado foi devidamente notificado pelo empregador sobre o direito de manutenção do plano, nas condições previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.

f) Se a operadora processar exclusão sem a prova da comunicação, fica sujeita às penalidades previstas na RN 124. VALOR DA MULTA R\$ 30.000,00.

g) Portanto, é necessário que o empregador informe a operadora os seguintes dados no pedido de exclusão:

a) se o beneficiário foi excluído por demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria;

b) se o beneficiário era aposentado e continuou trabalhando;

c) se o beneficiário contribuía no pagamento do plano de saúde;

d) Tempo de contribuição do beneficiário no pagamento do plano de saúde; e

e) se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

VI – TEMPO DE PERMANÊNCIA

a) Demitido ou exonerado - um terço do tempo de contribuição, observando-se o mínimo de 06 e máximo 24 meses.

b) Aposentado:

- **10 anos ou mais de contribuição:** de forma vitalícia e
 - **menos de 10 anos:** 01 ano para cada ano de contribuição.
- Considerar as contribuições nos planos de saúde em pré-pagamento ou pós-pagamento opção rateio, contratados sucessivamente pelo empregador, mesmo que em operadoras diferentes.
 - Considera-se como aposentadoria à do Regime Geral, sem que tenha qualquer efeito eventual aquisição de benefício decorrente de aposentadoria privada.

VII – PERDA DO DIREITO:

O beneficiário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício:

- caso ocorra sua admissão em novo emprego*;
- pelo decurso dos prazos previstos para manutenção do plano;
- no cancelamento do plano de saúde contratado pela CONTRATANTE para empregados ativos e ex-empregados.

*Novo emprego – considera-se novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de saúde coletivo empresarial ou por adesão ou de autogestão.

VIII – PORTABILIDADE

Os beneficiários cadastrados na condição dos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e RN 279/11, terão direito ao exercício da portabilidade especial de carências. A portabilidade poderá ser requerida:

- a) Entre o 1º dia do mês de aniversário do contrato (PJ) e o último dia útil do 3º mês subsequente ou
- b) 60 dias antes do término do período de manutenção na condição de ex-empregado.

ANEXO 2 – COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

Seguem abaixo as situações identificadas na Federação até a presente data, referente a 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:

- a. Fatura de água, luz ou telefone;
- b. Correspondência ou documento expedido por órgãos oficiais das esferas Municipal, Estadual ou Federal;
- c. Correspondência de instituição bancária, ou ainda de administradora de cartão de crédito e fatura de TV à cabo cuja identificação (nome e endereço do titular) esteja impressa no próprio envelope;
- d. Declaração assinada pelo próprio beneficiário titular, nos termos da Lei 7.115 de 29 de agosto de 1983;
- e. Pessoas residentes em área rural poderão apresentar contrato de locação ou arrendamento da terra, nota fiscal do produtor rural fornecida pela Prefeitura Municipal ou documento de assentamento expedido pelo INCRA;
- f. **Cópia autenticada** do contrato de locação devidamente assinado pelo locatário e locador, com firma reconhecida;
- g. Documentos expedidos com o prazo máximo de 90 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 anexo 2 e Certidão de Casamento;

4. Comprovante de endereço em nome da companheira (o) - Enviar cópia do comprovante previstos anexo 2 e Escritura Pública;

5. Comprovante em nome dos pais ou filhos – enviar cópia do comprovante em nome de um dos pais ou filhos e um documento que comprove a filiação.

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;

7. O titular mora com parente com o mesmo sobrenome

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

- 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.
- 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 Federação.

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

DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA ALUGADA - SEM CONTRATO

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

Sem mais para o momento.

_____, ____ de _____ de _____.

**NOME COMPLETO DO LOCADOR
(dono do imóvel)**

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

DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA PRÓPRIA – MORA COM OUTRA PESSOA

NOME COMPLETO DO PROPRIETÁRIO DA RESIDÊNCIA, inscrito(a)
no CPF nº XXXXXXXXXX-XX, residente e domiciliado na Rua XXXXXXXXXXXXXXXXXX, nº
XXXXX, na cidade de XXXXXXXXXX/XX, declaro sob as penas da Lei, que o(a) Sr(a).
NOME COMPLETO DO BENEFICIÁRIO, inscrito(a) no CPF sob o nº XXXXXXXXXX-XX,
mora em minha residência, imóvel de minha propriedade, localizado na Rua
XXXXXXXXXX, nº XXXXX, bairro: XXXXXX, na cidade de XXXXXXXXXX/XX.

Sem mais para o momento.

_____, ____ de _____ de _____.

**NOME COMPLETO DO PROPRIETÁRIO
(dono da residência)**

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

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

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

Sem mais para o momento.

_____, ____ de _____ de _____.

**NOME COMPLETO DO PROPRIETÁRIO
(dono da residência)**

**ANEXO 2.4 MODELO DECLARAÇÃO PARA COMPROVANTE DE “RESIDÊNCIA NOS TERMOS DA
LEI 7.115”**

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Eu, _____, portador do documento de identidade nº. _____, órgão expedidor _____, data da expedição ____/____/____ e CPF nº _____, nacionalidade _____, Naturalidade _____, telefone(DDD e nº) _____, celular (DDD e nº) _____, e-mail _____, **declaro sob as penas da Lei 7.115/83 e para os devidos fins junto à Unimed Santa Catarina, que resido no endereço** _____, nº _____ complemento _____, bairro _____ cidade _____, estado _____ CEP _____

Declaro ainda, estar ciente de que a falsidade da presente declaração pode implicar nas sanções civis e criminais previstas na legislação vigente.

Local/ data _____ de _____ de _____

Assinatura do Declarante

ANEXO 3 - COLETIVO EMPRESARIAL VÍNCULO EMPREGATÍCIO

Seguem abaixo as situações identificadas na Federação até a presente data, referente a comprovação do vínculo empregatício.

Os comprovantes válidos em nome do beneficiário:

a) Funcionário

- Cópia da Carteira de Trabalho (páginas dos dados do beneficiário (vínculo empregatício) e registro do empregador) ou
- Cópia da Ficha de Registro de Empregado – com a assinatura e carimbo da empresa com CNPJ o
- Cópia da folha de pagamento, com CNPJ da empresa e data de admissão – expedido dentro do prazo de 90 dias
- Relação do FGTS

b) Temporário, estagiário ou menor aprendiz

- Contrato de trabalho; ou
- Cópia da Carteira de Trabalho (páginas dos dados do beneficiário (vínculo empregatício) e registro do empregador).

c) Sócios

- Cópia da última alteração do contrato social da pessoa jurídica

d) Administradores

- Cópia da última alteração do contrato social da pessoa jurídica;

e) Agente Político

- Documento de diplomação - que comprove a sua nomeação ao cargo.

NÃO SÃO CONSIDERADOS BENEFICIÁRIOS ELEGÍVEIS OS PRESTADORES DE SERVIÇO TERCEIRIZADOS VINCULADOS A PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE E OS PROCURADORES.

Os terceirizados não figuram entre os beneficiários elegíveis para planos empresariais contratados pelo tomador de serviços. Cabe à pessoa jurídica prestadora de serviços, se desejarem, contratar plano empresarial em nome próprio. Os procuradores também não figuram entre os beneficiários elegíveis para planos empresariais, haja vista que eles mantêm,

tão-somente, um contrato de natureza civil (mandato) com a pessoa jurídica, sem guardar qualquer espécie de relação trabalhista ou societária. **(Fonte: Site da ANS, perguntas e respostas).**

Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):	Sx	EC	D. Nascimento				
3									
CPF:		RG	Órgão Emissor		País				
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG)			CNS:						
GP - Grau Parentesco: TI = Titular CP = Companheiro(a) ES = Esposo(a) FA = Filha FO = Filho EN = Enteado		SX - Sexo: F = Feminino M = Masculino	EC- Estado Civil: S = Solteiro C = Casado D = Desquitado V = Viúvo O = Outros						
INFORMAÇÕES ADICIONAIS DESCRITAS NO MANUAL DE CADASTRO – ITEM 02									
TITULAR– DOCUMENTOS NECESSÁRIOS									
<ol style="list-style-type: none"> Cópia RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde – CNS. Comprovante de residência em nome do titular ou outro documento que comprove. Exemplos abaixo: <ul style="list-style-type: none"> - Conta de água, luz ou telefone - Contrato de Locação - Declaração de endereço (somente para as situações listadas no anexo 2 do Manual de Cadastro). Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante, conforme segue: <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 3.1 Funcionários: <ul style="list-style-type: none"> - Cópia da Carteira de Trabalho (página: da qualificação civil e onde consta o registro do vínculo); ou - Cópia da Ficha de Registro do Empregado–assinada e carimbada pela empresa; ou - Contra cheque / folha de pagamento. </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> 3.2 Temporário, estagiário ou menor aprendiz: <ul style="list-style-type: none"> - Contrato de Trabalho; ou - Carteira de Trabalho (página: da qualificação civil e onde consta o registro). 3.3 Sócios: Contrato Social </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> 3.4 Administradores: <ul style="list-style-type: none"> - Cópia da última alteração do contrato social da pessoa jurídica </td> <td style="vertical-align: top;"> 3.5 Agente Político <ul style="list-style-type: none"> - Documento de Diplomação – que comprove a sua nomeação ao cargo. </td> </tr> </table> 						3.1 Funcionários: <ul style="list-style-type: none"> - Cópia da Carteira de Trabalho (página: da qualificação civil e onde consta o registro do vínculo); ou - Cópia da Ficha de Registro do Empregado–assinada e carimbada pela empresa; ou - Contra cheque / folha de pagamento. 	3.2 Temporário, estagiário ou menor aprendiz: <ul style="list-style-type: none"> - Contrato de Trabalho; ou - Carteira de Trabalho (página: da qualificação civil e onde consta o registro). 3.3 Sócios: Contrato Social	3.4 Administradores: <ul style="list-style-type: none"> - Cópia da última alteração do contrato social da pessoa jurídica 	3.5 Agente Político <ul style="list-style-type: none"> - Documento de Diplomação – que comprove a sua nomeação ao cargo.
3.1 Funcionários: <ul style="list-style-type: none"> - Cópia da Carteira de Trabalho (página: da qualificação civil e onde consta o registro do vínculo); ou - Cópia da Ficha de Registro do Empregado–assinada e carimbada pela empresa; ou - Contra cheque / folha de pagamento. 	3.2 Temporário, estagiário ou menor aprendiz: <ul style="list-style-type: none"> - Contrato de Trabalho; ou - Carteira de Trabalho (página: da qualificação civil e onde consta o registro). 3.3 Sócios: Contrato Social								
3.4 Administradores: <ul style="list-style-type: none"> - Cópia da última alteração do contrato social da pessoa jurídica 	3.5 Agente Político <ul style="list-style-type: none"> - Documento de Diplomação – que comprove a sua nomeação ao cargo. 								
DEPENDENTES– DOCUMENTOS NECESSÁRIOS									
<ol style="list-style-type: none"> Esposa: Cópia RG, CPF, Certidão de Casamento e Cartão Nacional de Saúde – CNS; Companheira: Cópia RG, CPF, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório) e Cartão Nacional de Saúde – CNS. Filhos menores de 18 anos: Cópia Certidão de Nascimento e Cartão Nacional de Saúde - CNS; Filhos a partir de 18 anos: Cópia do RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde – CNS; Filhos Adotivos: Mesma documentação prevista nos itens 3 e 4 e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção; Enteados: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 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 18 anos e documento de decisão judicial que comprove a guarda ou tutela do beneficiário titular. 									
OBS.: Formulários Cadastrais recebidos na Operadora até o dia 15 de cada mês têm vigência a partir do 1º dia do mês seguinte, desde que corretamente preenchido, assinado e com a cópia dos documentos.									
RECEBIMENTO DAS TABELAS DE CUSTOS									
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 tenho conhecimento pleno de todas as cláusulas e condições do contrato e que recebi: a tabela de custos com os valores do plano dos funcionários ativos, mesmo que a Contratante tenha pactuado critério de valor diferente de dez faixas etárias ou haja subsídio do empregador, conforme consta no contrato, na cláusula de formação de preço e mensalidade e a tabela de custos por faixa etária, para o exercício do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98.									
DECLARAÇÃO: Declaro que autorizo a Pessoa Jurídica a qual estou vinculado(a), a receber os extratos mensais contendo os meus gastos e dos meus dependentes.									

DECLARAÇÃO: Declaro, para os fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 9656/98 e RN 195/09 que: **recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.**

OBS: Conforme IN/DIPRO 20/09 da ANS:

- 1: Art. 5º O Guia de Leitura Contratual será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular.
- 2: Art. 6º Sempre que demandada pelo beneficiário titular, a pessoa jurídica contratante deverá disponibilizar cópia do instrumento contratual contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

Assinatura do Titular

Carimbo Vendedor

Assinatura e carimbo do(a) Contratante

Nome do(a) representante: _____

DATA: ____/____/____


Cargo do(a) representante: _____

atualização: nov/13 – versão 2.0

ANEXO 3.2 FORMULÁRIO CO – CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL (RN 195)

UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA
Registro ANS N.º 35.569-1

SAC: 0800 64 80 400

 www.unimed.com.br/atendimento/976

FORMULÁRIO CADASTRAL
CONTRATO CUSTO OPERACIONAL - REGULAMENTADO

Plano Coletivo Empresarial: aquele que oferece cobertura da atenção a saúde prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica CONTRATANTE por relação empregatícia ou estatutária.

PREENCHER SOMENTE OS QUADROS QUE ESTÃO SENDO ALTERADOS

Nova Inclusão Migração Inclusão de Dependente(s) Alteração Transferência de Contrato Filial / Unidade

DADOS DO CONTRATANTE E PLANO

Contratante: _____ Contrato N.º _____
 N.º do Registro Produto na ANS _____ Acomodação _____ Abrangência _____ Início de Vigência _____
 () Apto () Enf. () Sem Intern. () Nac () Est / /

DADOS DO(A) TITULAR

Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG): _____ Código do Beneficiário: _____
 Sexo: **M** () **F** () Estado Civil: _____ D. Nascimento: ____/____/____ Nome da mãe (Conforme registro civil ou RG): _____
 CPF: _____ RG / Órgão Emissor / Código país _____ CNS – Cartão Nacional de Saúde: _____
 () Funcionário () Sócio Data de Admissão: ____/____/____ N.º PIS/PASEP/NIS: _____
 Endereço Residencial: _____ N.º: _____ Complemento: _____
 Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____ E-mail: _____
 Fone: _____ Celular: _____ Endereço Comercial: _____ N.º _____
 Complemento: _____ Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ UF: _____

Transferência de contrato/filial/unidade:

- Beneficiário - código origem:

- código destino:

Já era Beneficiário Unimed _____ Dt. Inclusão ____/____/____ Dt. Exclusão ____/____/____ Código: _____
 () S () N

DADOS DOS DEPENDENTES

Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):	Sx	EC	D. Nascimento
1					
CPF:		RG	Órgão Emissor		País
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG)			CNS:		
2					
CPF:		RG	Órgão Emissor		País
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG)			CNS:		
3					
CPF:		RG	Órgão Emissor		País
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG)			CNS:		

GP - Grau Parentesco: TI=Titular

SX - Sexo:

EC - Estado Civil: S = Solteiro

CP = Companheiro(a) ES = Esposo(a)

F = Feminino

C = Casado D = Desquitado

FA = Filha FO = Filho EN = Enteado

M = Masculino

V = Viúvo O = Outros

INFORMAÇÕES ADICIONAIS DESCRITAS NO MANUAL DE CADASTRO – ITEM 02	
TITULAR– DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	
1. Cópia RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde – CNS.	
2. Comprovante de residência em nome do titular ou outro documento que comprove. Exemplos abaixo: - Conta de água, luz ou telefone - Contrato de Locação - Declaração de endereço (somente para as situações listadas no anexo 2 do Manual de Cadastro).	
3. Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante, conforme segue:	
3.1 Funcionários: - Cópia da Carteira de Trabalho (página: da qualificação civil e onde consta o registro do vínculo); ou - Cópia da Ficha de Registro do Empregado–assinada e carimbada pela empresa; ou Contra cheque / folha de pagamento.	3.2 Temporário, estagiário ou menor aprendiz: - Contrato de Trabalho; ou - Carteira de Trabalho (página: da qualificação civil e onde consta o registro). 3.3 Sócios: Contrato Social
3.4 Administradores: - Cópia da última alteração do contrato social da pessoa jurídica	3.5 Agente Político - Documento de Diplomação – que comprove a sua nomeação ao cargo.
DEPENDENTES– DOCUMENTOS NECESSÁRIOS	
1. Esposa: Cópia RG, CPF, Certidão de Casamento e Cartão Nacional de Saúde – CNS;	
2. Companheira: Cópia RG, CPF, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório) e Cartão Nacional de Saúde – CNS.	
3. Filhos menores de 18 anos: Cópia Certidão de Nascimento e Cartão Nacional de Saúde - CNS;	
4. Filhos a partir de 18 anos: Cópia do RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde – CNS;	
5. Filhos Adotivos: Mesma documentação prevista nos itens 3 e 4 e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;	
6. Enteados: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e comprovação de convivência do casal;	
7. Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e documento de decisão judicial que comprove a guarda ou tutela do beneficiário titular.	
OBS.: Formulários Cadastrais recebidos na Operadora até o dia 15 de cada mês têm vigência a partir do 1º dia do mês seguinte, desde que corretamente preenchido, assinado e com a cópia dos documentos.	
DECLARAÇÃO: Declaro que autorizo a Pessoa Jurídica a qual estou vinculado(a), a receber os extratos mensais contendo os meus gastos e dos meus dependentes.	
DECLARAÇÃO: Declaro, para os fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 9656/98 e RN 195/09 que: recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.	
OBS: Conforme IN/DIPRO 20/09 da ANS:	
1: Art. 5º O Guia de Leitura Contratual será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular.	
2: Art. 6º Sempre que demandada pelo beneficiário titular, a pessoa jurídica contratante deverá disponibilizar cópia do instrumento contratual contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.	

Assinatura do Titular

Carimbo Vendedor

Assinatura e carimbo do(a) Contratante

Nome do(a) representante: _____

Cargo do(a) representante: _____

DATA: ____/____/____
atualização: nov/13 – versão 2.0

**ANEXO 4 - CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO – VÍNCULO DE CARÁTER PROFISSIONAL,
CLASSISTA OU SETORIAL**

Seguem abaixo as situações identificadas na Federação até a presente data, referente a comprovação do vínculo.

Os comprovantes válidos em nome do beneficiário:

a. Conselhos Profissionais e entidades de classe

- Carteira de exercício profissional com validade ou
- Documento equivalente expedido pelo respectivo órgão.


b. Sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações, Associações profissionais, Cooperativas, Caixas de Assistência e fundações de direito privado, Entidades Previstas na Lei nº 7.395/1985 e outras pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial

- Documento de inscrição de regularidade expedido pelo órgão (contratante).

OBS.: Não poderão ser inscritos no contrato coletivo por adesão, as pessoas que mantém relação de trabalho (colaboradores) com a pessoa jurídica contratante. Obrigatoriamente terá que ser contratado um plano coletivo empresarial para inscrição dos mesmos.

ANEXO 4.1 FORMULÁRIO VD – CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO

UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA
Registro ANS N.º 35.569-1

SAC: 0800 64 80 400
 www.unimed.com.br/atendimento/976

FORMULÁRIO CADASTRAL
CONTRATO PRÉ-PAGAMENTO – REGULAMENTADO

Plano Coletivo por Adesão: aquele que oferece cobertura da atenção a saúde prestada à população que mantenha vínculo com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.					
PREENCHER SOMENTE OS QUADROS QUE ESTÃO SENDO ALTERADOS					
<input type="checkbox"/> Nova Inclusão	<input type="checkbox"/> Mudança de Plano	<input type="checkbox"/> Migração	<input type="checkbox"/> Inclusão de Dependente(s)	<input type="checkbox"/> Alteração <input type="checkbox"/> Transferência de Contrato Filial / Unidade	
DADOS DO CONTRATANTE E PLANO					
Contratante:			Contrato N.º		
Nº do Registro Produto na ANS	%Co-participação: () 0% () 20% () 30% () 50%	Acomodação: () Apto () Enf. () sem intern	Abrangência: () Nac () Est () Reg	Início de Vigência / /	
VALOR DA CONTRAPRESTAÇÃO PECUNIÁRIA POR BENEFICIÁRIO			TX. INSCRIÇÃO		
Titular	Dependente 1	Dependente 2	Total das mensalidades	Valor por benefic.	
DADOS DO(A) TITULAR					
Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Código do Beneficiário:		
Sexo: M () F ()	Estado Civil:	D. Nascimento: / /	Nome da mãe (Conforme registro civil ou RG):		
CPF:	RG / Órgão Emissor / Código país		CNS – Cartão Nacional de Saúde:		
() Cooperado () Sindicalizado	() Associado () Outros	Data de Admissão: / /	N.º PIS/PASEP/NIS:		
Endereço Residencial:			N.º:	Complemento:	
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:	E-mail:	
Fone: ()	Celular: ()	Endereço Comercial:		N.º	
Complemento:	Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:	
Transferência de contrato/filial/unidade:					
- Beneficiário - código origem:			- código destino:		
Já era Beneficiário Unimed () S () N	Dt. Inclusão / /	Dt. Exclusão / /	Código:		
DADOS DOS DEPENDENTES					
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):	Sx	EC	D. Nascimento
1					
CPF:		RG	Órgão Emissor	País	
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG)			CNS:		
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):	Sx	EC	D. Nascimento
2					
CPF:		RG	Órgão Emissor	País	
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG)			CNS:		
GP - Grau Parentesco: TI = Titular CP = Companheiro(a) ES = Esposo(a) FA = Filha FO = Filho EN = Enteadado		SX - Sexo: F = Feminino M = Masculino	EC- Estado Civil: S = Solteiro C = Casado D = Desquitado V = Viúvo O = Outros		

<p>INFORMAÇÕES ADICIONAIS DESCRITAS NO MANUAL DE CADASTRO – ITEM 02</p> <p>TITULAR– DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</p> <p>1. Cópia RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde – CNS.</p> <p>2. Comprovante de residência em nome do titular ou outro documento que comprove. Exemplos abaixo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conta de água, luz ou telefone - Contrato de Locação - Declaração de endereço (somente para as situações listadas no anexo 2 do Manual de Cadastro). <p>3. Cópia de documento que comprove a elegibilidade do titular, ou seja, o seu vínculo com o(a) CONTRATANTE (documento legal).</p> <p>DEPENDENTES– DOCUMENTOS NECESSÁRIOS</p> <p>1. Esposa: Cópia RG, CPF, Certidão de Casamento e Cartão Nacional de Saúde – CNS;</p> <p>2. Companheira: Cópia RG, CPF, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório) e Cartão Nacional de Saúde – CNS.</p> <p>3. Filhos menores de 18 anos: Cópia Certidão de Nascimento e Cartão Nacional de Saúde - CNS;</p> <p>4. Filhos a partir de 18 anos: Cópia do RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde – CNS;</p> <p>5. Filhos Adotivos: Mesma documentação prevista nos itens 3 e 4 e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;</p> <p>6. Enteados: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e comprovação de convivência do casal;</p> <p>7. Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e documento de decisão judicial que comprove a guarda ou tutela do beneficiário titular.</p> <p>OBS.: Formulários Cadastrais recebidos na Operadora até o dia 15 de cada mês têm vigência a partir do 1º dia do mês seguinte, desde que corretamente preenchido, assinado e com a cópia dos documentos.</p>
<p>DECLARAÇÃO: Declaro que autorizo a Pessoa Jurídica a qual estou vinculado(a), a receber os extratos mensais contendo os meus gastos e dos meus dependentes.</p>
<p>DECLARAÇÃO: Declaro, para os fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 9656/98 e RN 195/09 que: recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.</p>
<p>OBS: Conforme IN/DIPRO 20/09 da ANS:</p> <p>1: Art. 5º O Guia de Leitura Contratual será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular.</p> <p>2: Art. 6º Sempre que demandada pelo beneficiário titular, a pessoa jurídica contratante deverá disponibilizar cópia do instrumento contratual contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.</p>

Assinatura do Titular

Carimbo Vendedor

Assinatura e carimbo do(a) Contratante

Nome do(a) representante: _____


Cargo do(a) representante: _____

DATA: ____/____/____

atualização: nov/13 – versão 2.0

ANEXO 4.2 FORMULÁRIO CO-CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO

UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA
Registro ANS N.º 35.569-1

SAC: 0800 64 80 400
 www.unimed.com.br/atendimento/976

FORMULÁRIO CADASTRAL
CONTRATO CUSTO OPERACIONAL – REGULAMENTADO

Plano Coletivo por Adesão: aquele que oferece cobertura da atenção a saúde prestada à população que mantenha vínculo com as pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial.									
PREENCHER SOMENTE OS QUADROS QUE ESTÃO SENDO ALTERADOS									
<input type="checkbox"/>	Nova Inclusão	<input type="checkbox"/>	Migração	<input type="checkbox"/>	Inclusão de Dependente(s)	<input type="checkbox"/>	Alteração	<input type="checkbox"/>	Transferência de Contrato Filial / Unidade
DADOS DO CONTRATANTE E PLANO									
Contratante:						Contrato N.º			
Nº do Registro Produto na ANS			Acomodação () Apto () Enf. () Sem Intern.			Abrangência () Nac () Est		Início de Vigência / /	
DADOS DO(A) TITULAR									
Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):							Código do Beneficiário:		
Sexo: M () F ()		Estado Civil:		D. Nascimento: / /		Nome da mãe (Conforme registro civil ou RG):			
CPF:			RG / Órgão Emissor / Código país			CNS – Cartão Nacional de Saúde:			
() Cooperado () Associado () Sindicalizado () Outros			Data de Admissão: / /			N.º PIS/PASEP/NIS:			
Endereço Residencial:						Nº:		Complemento:	
Bairro:		CEP:		Cidade:		UF:		E-mail:	
Fone: ()		Celular: ()		Endereço Comercial:			Nº		
Complemento:		Bairro:		CEP:		Cidade:		UF:	
Transferência de contrato/filial/unidade:									
- Beneficiário - código origem:					- código destino:				
Já era Beneficiário Unimed () S () N			Dt. Inclusão / /		Dt. Exclusão / /		Código:		
DADOS DOS DEPENDENTES									
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):				Sx	EC	D. Nascimento	
1									
CPF:			RG			Órgão Emissor		País	
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG)						CNS:			
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):				Sx	EC	D. Nascimento	
2									
CPF:			RG			Órgão Emissor		País	
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG)						CNS:			
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):				Sx	EC	D. Nascimento	
3									
CPF:			RG			Órgão Emissor		País	
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG)						CNS:			

Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):	Sx	EC	D. Nascimento
4					
CPF:		RG	Órgão Emissor		País
Nome da mãe (conforme consta no Registro Civil ou RG)			CNS:		
GP - Grau Parentesco: TI=Titular		SX - Sexo:		EC- Estado Civil: S = Solteiro	
CP = Companheiro(a) ES = Esposo(a)		F = Feminino		C = Casado D = Desquitado	
FA = Filha FO = Filho EN = Enteadado		M = Masculino		V = Viúvo O = Outros	
INFORMAÇÕES ADICIONAIS DESCRITAS NO MANUAL DE CADASTRO – ITEM 02					
TITULAR– DOCUMENTOS NECESSÁRIOS					
1. Cópia RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde – CNS.					
2. Comprovante de residência em nome do titular ou outro documento que comprove. Exemplos abaixo: - Conta de água, luz ou telefone - Contrato de Locação - Declaração de endereço (somente para as situações listadas no anexo 2 do Manual de Cadastro).					
3. Cópia de documento que comprove a elegibilidade do titular , ou seja, o seu vínculo com o(a) CONTRATANTE (documento legal).					
DEPENDENTES– DOCUMENTOS NECESSÁRIOS					
1. Esposa: Cópia RG, CPF, Certidão de Casamento e Cartão Nacional de Saúde – CNS;					
2. Companheira: Cópia RG, CPF, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório) e Cartão Nacional de Saúde – CNS.					
3. Filhos menores de 18 anos: Cópia Certidão de Nascimento e Cartão Nacional de Saúde - CNS;					
4. Filhos a partir de 18 anos: Cópia do RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde – CNS;					
5. Filhos Adotivos: Mesma documentação prevista nos itens 3 e 4 e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;					
6. Enteados: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e comprovação de convivência do casal;					
7. Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e documento de decisão judicial que comprove a guarda ou tutela do beneficiário titular.					
OBS.: Formulários Cadastrais recebidos na Operadora até o dia 15 de cada mês têm vigência a partir do 1º dia do mês seguinte, desde que corretamente preenchido, assinado e com a cópia dos documentos.					
DECLARAÇÃO: Declaro que autorizo a Pessoa Jurídica a qual estou vinculado(a), a receber os extratos mensais contendo os meus gastos e dos meus dependentes.					
DECLARAÇÃO: Declaro, para os fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 9656/98 e RN 195/09 que: recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.					
OBS: Conforme IN/DIPRO 20/09 da ANS:					
1: Art. 5º O Guia de Leitura Contratual será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular.					
2: Art. 6º Sempre que demandada pelo beneficiário titular, a pessoa jurídica contratante deverá disponibilizar cópia do instrumento contratual contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.					

Assinatura do Titular

Carimbo Vendedor

Assinatura e carimbo do(a) Contratante

Nome do(a) representante: _____

Cargo do(a) representante: _____

DATA: ____/____/____

atualização: nov/13 – versão 2.0

ANEXO 5 - FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO PLANOS COLETIVOS

SAC: 0800 64 80 400



www.unimed.com.br/atendimento/976

UNIMED		FORMULÁRIO DE EXCLUSÃO									
		PLANO COLETIVO									
Contratante:											
Operadora: UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS			Registro ANS N.º 35.569-1								
MOTIVO DA EXCLUSÃO OU CANCELAMENTO											
41	Rompimento do contrato por iniciativa do Beneficiário ou Contratante										
42	Desligamento da empresa (planos coletivos)										
44	Óbito – Anexar cópia da Certidão de Óbito.										
* Uso exclusivo da Operadora.											
Solicitamos a exclusão dos beneficiários abaixo elencados do plano de saúde da Unimed:											
DADOS DO(A) TITULAR E DOS DEPENDENTES											
Justificativa – (Preencher somente quando necessário)				Data Exclusão ____/____/____							
<table border="0"> <tr> <td>5 Não tem mais interesse no plano</td> <td>9 Plano está muito caro</td> </tr> <tr> <td>6 Insatisfeito com o atendimento do plano</td> <td>10 Viagem ou mudança de cidade</td> </tr> <tr> <td>7 Migração para outro plano de saúde</td> <td>11 Inadimplência do Assoc/Sindic/coop</td> </tr> <tr> <td>8 Migração ou mudança de plano na mesma Unimed</td> <td></td> </tr> </table>					5 Não tem mais interesse no plano	9 Plano está muito caro	6 Insatisfeito com o atendimento do plano	10 Viagem ou mudança de cidade	7 Migração para outro plano de saúde	11 Inadimplência do Assoc/Sindic/coop	8 Migração ou mudança de plano na mesma Unimed
5 Não tem mais interesse no plano	9 Plano está muito caro										
6 Insatisfeito com o atendimento do plano	10 Viagem ou mudança de cidade										
7 Migração para outro plano de saúde	11 Inadimplência do Assoc/Sindic/coop										
8 Migração ou mudança de plano na mesma Unimed											
Motivo	Justificativa	Data Óbito	Nome	Código Cartão							
Preenchimento obrigatório em caso de funcionário demitido, exonerado ou aposentado – Para exercício do benefício disposto nos artigos 30 e 31 da lei 9656/98 (plano coletivo empresarial)											
1) O titular contribuiu no pagamento da mensalidade do seu plano? ()SIM ()NÃO											
2) Qual o tempo de contribuição? _____ meses											
3) Motivo da rescisão do contrato de trabalho:											
() demissão sem justa causa () aposentadoria () Outros (sem direito ao benefício)											
Em caso de demissão, informar se o beneficiário se aposentou pela empresa Contratante e continuou trabalhando sem interrupção do contrato de trabalho: ()SIM ()NÃO											
4) O ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário, na condição de demitido ou aposentado? ()NÃO ()SIM – neste caso anexar formulário de inscrição de ex-empregado preenchido.											
* Devem ser consideradas as contribuições do titular em planos anteriores mantidos pelo mesmo empregador em pré-pagamento ou pós-pagamento na opção rateio, com a mesma operadora ou em outra, desde que não tenha havido interrupção entre os planos.											

IMPORTANTE: Em caso de demissão ou aposentadoria, a exclusão só será processada mediante apresentação do comprovante de ciência do beneficiário sobre o direito à manutenção do plano de saúde, na condição de ex-empregado, previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 e RN 279/11, que deverá ser formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria.

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

DATA: ____/____/____

Assinatura e Carimbo da Contratante

Atualização: nov/13 – versão 1.1

ANEXO 6 - COMUNICADO EMPREGADOR PARA EMPREGADO – RN279

COMUNICADO SOBRE O DIREITO DE PERMANÊNCIA NO PLANO DE SAÚDE

De acordo com o disposto na RN 279, publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em 24/11/11, é assegurado ao beneficiário titular o direito de manter sua condição de beneficiário, em caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa ou aposentadoria, nas mesmas condições de cobertura assistencial (mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador) que gozava durante a vigência do contrato de trabalho, desde que:

- a) já contribuiu financeiramente no pagamento da mensalidade do seu plano de saúde antes da extinção do vínculo empregatício, ainda que o pagamento de contribuição não esteja ocorrendo no momento da demissão ou exoneração sem justa causa ou aposentadoria.
 - Entende-se como contribuição: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou a integralidade da mensalidade de seu plano de saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatício. Não é considerada contribuição à co-participação ou franquia paga única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica e nem os valores pagos relativos a mensalidade do plano de saúde dos dependentes e agregados;
- b) assuma o pagamento integral do plano de saúde, valores por faixa etária;
- c) a opção pela manutenção do plano seja efetivada no prazo de até 30 (trinta) dias contados a partir do comunicado do empregador.
- d) preencha o Formulário de Inscrição, que deverá ser encaminhado pela CONTRATANTE à Operadora.

Tempo de permanência do beneficiário no plano de saúde na condição de ex-empregado:

- a) **demitidos ou exonerados sem justa causa:**
 - um terço do tempo de contribuição na mensalidade do plano de saúde, mantido pela empresa, sem interrupção, garantindo o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.
- b) **aposentados com rescisão do contrato de trabalho:**
 - 10 (dez) anos ou mais de contribuição na mensalidade do plano de saúde mantido pela empresa, sem interrupção: direito de manutenção por tempo indeterminado.
 - Menos de 10 (dez) anos de contribuição na mensalidade do plano de saúde mantido pela empresa, sem interrupção: direito a manutenção equivalente ao período de contribuição.

Nome: _____

CPF: _____ / Data da ciência: ____/____/____.

Este comunicado deverá ser assinado em 2 (duas) vias, pelo ex-empregado, devendo ser enviado uma via para a Unimed.

Importante: Não havendo manifestação no prazo de 30 dias contados a partir da data da ciência, considerar-se-á a recusa ao benefício.

Assinatura do ex-empregado

ANEXO 7 - CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

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

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

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

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

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

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

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

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

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

Beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____
(legível)

CPF: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____
(legível)

CPF: _____

Assinatura: _____

- O consumidor dispensou a presença do médico orientador.

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

Assinatura do Titular ou responsável legal

Assinatura do Dependente ou responsável legal

Nome _____

Nome _____

CPF _____

CPF _____

Data: ____/____/____

Data: ____/____/____

RESTRICÇÃO PARA PREENCHIMENTO:

Por razão de inconveniência para o preenchimento do presente formulário (por restrições como visuais, de movimento motor ou outras), solicitei que terceiro o fizesse por mim, havendo eu confirmado todas as informações.

Assinatura do Titular ou responsável legal

Assinatura do Dependente ou responsável legal

Nome _____

Nome _____

CPF _____

CPF _____

PARECER DO MÉDICO AVALIADOR:

Sem DLP

Com DLP e sem necessidade de perícia médica

Com necessidade de perícia médica

Com DLP e com necessidade de perícia médica

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

Assinatura e Carimbo do
Médico Avaliador

Data: ____/____/____

PERÍCIA MÉDICA

Quadro Clínico: _____

Resultado de Exames: _____

CID-10 e Relação dos Códigos dos Procedimentos: _____

Parecer Final: _____

Assinatura e Carimbo do Médico Perito

Data : ____/____/____

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

Assinatura do Titular ou responsável legal

Nome _____

CPF _____

Data: ____/____/____

Assinatura do Dependente ou responsável legal

Nome _____


CPF _____

Data: ____/____/____

ANEXO 9 - MODELO DECLARAÇÃO SÚMULA 21

UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA
Registro ANS N.º 35.569-1

SAC: 0800-64 80 400

 www.unimed.coop.br/atendimento/976

DECLARAÇÃO


De acordo com o disposto na Súmula Normativa nº 21 publicada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS em 12 de agosto de 2011, eu _____, CPF n.º _____, declaro que estou ciente do cumprimento de carências em razão da ampliação da(s) cobertura(s) do plano de saúde, conforme abaixo:

- Melhor padrão de acomodação em internação (apartamento)
- Abrangência - acesso a profissionais e entidades de serviços localizados (exemplo: fora do estado de SC).
- Segmentação – os serviços de assistência à saúde (exemplo: procedimentos realizados em regime ambulatorial ou internações).

....., de de 20

Beneficiário ou responsável legal

ANEXO 10 - FORMULÁRIO ADESÃO DEPENDENTE APOSENTADO FALECIDO – RN279

		SAC: 0800 64 80 400			
FORMULÁRIO INSCRIÇÃO - REGULAMENTADO		 www.unimed.com.br/atendimento/976			
DEPENDENTE DE APOSENTADO FALECIDO					
<input type="checkbox"/> INCLUSÃO	<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO ENDEREÇO				
UNIMED: UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA		Registro ANS n.º			
FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS		35.569-1			
CONTRATANTE:		CONTRATO N.º			
DADOS DO PLANO					
N.º do Registro Produto na ANS:	Co-participação: () 0% () 20% () 30% () 50%	Acomodação: () Apto () Enf. () sem intern	Abrangência: () Nac () Est () Reg		
Valor Total da contraprestação pecuniária por beneficiário – tabela de custos ex-empregados					
Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3		
R\$	R\$	R\$	R\$		
Valor a ser subsidiado pelo empregador ou pelos empregados ativos			Total		
R\$	R\$	R\$	R\$		
DADOS DO EX-EMPREGADO FALECIDO					
() Demitido sem Justa Causa ou exonerado () Aposentado	Data do Desligamento / /	Data Admissão / /	Início de Vigência do Plano: / /		
Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Código do Beneficiário:		
DADOS DO DEPENDENTE RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO					
Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Código do Beneficiário		
Sexo: M () F ()	Estado Civil:	D. Nascimento: / /	Nome da mãe (Conforme registro civil ou RG):		
CPF:	RG / Órgão Emissor / Código país		CNS – Cartão Nacional de Saúde:		
Endereço Residencial:			N.º: Complemento:		
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF: E-mail:		
Fone: ()	Celular: ()	Endereço Correspondência:			
Complemento:		Bairro:	CEP: Cidade: UF:		
DADOS DOS DEMAIS DEPENDENTES					
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):	Sx	EC	D. Nascimento
1					
CPF:		RG:	Órgão Emissor		País:
Nome da mãe (conforme consta no registro Civil ou RG):			CNS:		
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):	Sx	EC	D. Nascimento
2					
CPF:		RG:	Órgão Emissor		País:
Nome da mãe (conforme consta no registro Civil ou RG):			CNS:		
GP - Grau Parentesco: TI = Titular CP = Companheiro(a) ES = Esposo(a) FA = Filha FO = Filho EN = Enteado		SX - Sexo: F = Feminino M = Masculino		EC- Estado Civil: S = Solteiro C = Casado D = Desquitado V = Viúvo O = Outros	

Através desta declara ter conhecimento de todo o teor do Contrato n° _____, firmado entre a _____, e a **Unimed do Estado de Santa Catarina**, na data de ____/____/____, ao qual, neste momento adere na condição de ex-empregado, responsabilizando-se por todas as suas cláusulas contratuais e eximindo, por consequência, a responsabilidade da Empresa acima qualificada. Outrossim, requer desde já a inclusão dos beneficiários acima relacionados e se responsabiliza pelas declarações efetuadas neste formulário, ciente de que em caso de omissão ou inverdade será responsabilizado na forma da lei. Requer ainda, que o boleto de cobrança seja enviado para o seu endereço.

RESUMO DAS CONDIÇÕES GERAIS

1) O ex-empregado demitido ou exonerado, sem justa causa ou aposentado, inscrito em contratos que foram celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou que foram adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, terá direito a manutenção do plano de saúde, conforme condições abaixo:

- 1.1) A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da rescisão do contrato de trabalho do titular desde que atendidas as condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão do contrato. Podendo a condição de beneficiário ser mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.
- 1.2) Poderão ser incluídos novo cônjuge e filhos do ex-empregado, no período de manutenção da condição de beneficiário.
- 1.3) Em caso de morte do titular (ex-empregado), o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, conforme condições acima e mediante comunicação formal à Contratada.

2) Ao empregado aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa e venha a ser demitido, é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998 (aposentado). O direito a manutenção do plano será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar do empregador. O direito de manutenção também é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31, da Lei nº 9.656, de 1998. Observado o prazo de opção acima e mediante a indicação do responsável pelo pagamento.

3) O ex-empregado tem ao prazo **máximo de 30 dias**, contados a partir da data da ciência do direito a manutenção do plano de saúde, para optar pela manutenção do benefício, confirmada mediante preenchimento deste formulário.

4) Os beneficiários que se encontram em período de carência ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), na data da rescisão do contrato de trabalho, cumprirão o período restante, contado a partir da data da sua inscrição na condição de ex-empregado.

5) O tempo de permanência do beneficiário neste plano será permitida da seguinte forma:

a) Para os aposentados com rescisão do contrato de trabalho:

- * 10 (dez) anos ou mais de contribuição na mensalidade do plano de saúde mantido pela empresa, sem interrupção: direito de manutenção por tempo indeterminado.
- * Menos de 10 (dez) anos de contribuição na mensalidade do plano de saúde mantido pela empresa, sem interrupção: direito a manutenção equivalente ao período de contribuição.

b) demitidos ou exonerados sem justa causa:

- * um terço do tempo de contribuição na mensalidade do plano de saúde, mantido pela empresa, sem interrupção, garantindo o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.

c) O beneficiário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício:

- * pelo decurso dos prazos previstos para manutenção do plano na condição de demitido;
- * em caso de admissão em novo emprego. Entende-se como novo emprego: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; ou
- * no cancelamento do plano de saúde contratado pela CONTRATANTE, para empregados ativos e ex-empregados.

5.1) Sempre que solicitado, o beneficiário deverá apresentar sua CTPS ou outro documento requerido. Em caso de admissão em novo emprego, o beneficiário deverá comunicar imediatamente a Unimed ou a empresa detentora do contrato ao qual está vinculado para requerer a sua exclusão e devolução dos cartões de identificação do plano.

5.2) Perderá imediatamente o direito a qualquer atendimento em caso de admissão em novo emprego e a não comunicação, devendo reembolsar a CONTRATADA o custo dos atendimentos realizados que excederem o valor da contribuição mensal paga, a partir da data de início no novo emprego.

6) A partir da sua inclusão na condição de ex-empregado, passará a assumir o pagamento integral da mensalidade e co-participação, incluindo, quando houver, os valores relativos ao agravado, decorrente de doença ou lesão

preexistente. A mensalidade deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária com as devidas atualizações, sendo a cobrança efetuada da seguinte forma: a CONTRATADA emitirá boletos de cobrança individuais, com vencimento para o dia 10 de cada mês em nome dos ex-empregados, encaminhado-os para o endereço fornecido.

6.1) Em caso de não recebimento do documento de cobrança de mensalidade do plano em até 5(cinco) dias antes o vencimento, o beneficiário deverá entrar em contato com a Unimed.

6.2) Quando parte da mensalidade for subsidiada pelo empregador ou pelos empregados ativos, esta parte será deduzida do valor constante nos boletos emitidos contra o ex-empregado.

7) Reajuste das mensalidades observará os critérios abaixo:

a) contrato exclusivamente para manutenção de ex-empregados, previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, o índice de reajuste será apurado considerando toda carteira dos planos de ex-empregados da CONTRATADA, de forma unificada e divulgado no Portal da Operadora, aplicado no mês do aniversário do contrato.

b) manutenção de ex-empregado no mesmo contrato dos empregados ativos, reajuste conforme negociação entre Contrata e Contratante, aplicado no mês de aniversário do contrato.

8) Ocorrendo impontualidade no pagamento, o valor será corrigido conforme índices de correções previstas no contrato mantido com a empresa.

8.1) O atraso também implica na imediata suspensão dos atendimentos e na exclusão do beneficiário e seus dependentes do plano, em caso de atraso superior a 60 dias, ininterruptos ou não, permanecendo o beneficiário responsável pelo pagamento das parcelas pendentes.

9) É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

10) VIGÊNCIA DA INSCRIÇÃO DO EX-EMPREGADO - Na inclusão de beneficiários na condição de ex-empregado (demitido ou aposentado) a vigência seguirá conforme regras abaixo:

a) Até 30 dias da ciência ou

b) Conforme data de exclusão

Se optar pela opção "a", declaro estar ciente que a ficarei descoberto do plano de saúde entre a data de exclusão do plano anterior e a vigência do plano de ex-empregado.

DOCUMENTAÇÃO

TITULAR:

1. Cópia RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde – CNS.

2. Comprovante de residência em nome do **titular** ou outro documento que comprove. Exemplos abaixo:

- Conta de água, luz ou telefone , Contrato de Locação, Declaração de endereço (somente para as situações listadas no anexo 2 do Manual de Cadastro).

3. Cópia da carteira de trabalho

DEPENDENTES:

1. Esposa: Cópia RG, CPF, Certidão de Casamento e Cartão Nacional de Saúde – CNS;

2. Companheira: Cópia RG, CPF, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório) e Cartão Nacional de Saúde – CNS.

3. Filhos menores de 18 anos: Cópia Certidão de Nascimento e Cartão Nacional de Saúde - CNS;

4. Filhos a partir de 18 anos: Cópia do RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde – CNS;

5. Filhos Adotivos: Mesma documentação prevista nos itens 3 e 4 e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;

6. Enteados: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e comprovação de convivência do casal;

7. Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos, mais decisão judicial que comprove a guarda ou tutela do beneficiário titular.

DECLARO para os fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 9656/98 e RN 195/09 que: **recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.**

OBS: Conforme IN/DIPRO 20/09 da ANS:

1: Art. 5º O Guia de Leitura Contratual será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular.

2: Art. 6º Sempre que demandada pelo beneficiário titular, a pessoa jurídica contratante deverá disponibilizar cópia do instrumento contratual contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

DATA: ____ / ____ / ____

Assinatura do dependente responsável pelo pagamento: _____

Assinatura e carimbo do(a) Contratante


Nome do(a) representante: _____

Cargo do(a) representante: _____

Atualização: jun/14 – versão 1.1

ANEXO 11 - SOLICITAÇÃO DE REINCLUSÃO

Serviço de Atendimento ao Consumidor - SAC: 0800 64 80 400 /

 www.unimed.coop.br/atendimento/976

Operadora: Unimed do Estado de Santa Catarina
Registro ANS N.º 355691

SOLICITAÇÃO DE REINCLUSÃO

Eu _____ venho por meio desta, solicitar a
minha reinclusão no Plano de Saúde _____ código _____ a
partir de ____ / ____ / ____.

Afirmo que não utilizei o SUS – Sistema Único de Saúde no período de ____ / ____ / ____
até ____ / ____ / ____.

JUSTIFICATIVA:

HÁ DEPENDENTES COM IDADE A PARTIR DE 18 ANOS?

Não () Sim () informar nome e CPF

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____

NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR:

CPF: _____

Data: ____ / ____ / ____

Com base nas informações acima, será avaliada a viabilidade da Reinclusão.

() Autorizado

() Não autorizado

DE ACORDO:

Assinatura e Carimbo da

Unimed Federação

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura e Carimbo da

Unimed Prestadora

Data: ____ / ____ / ____

ANEXO 12 - FORMULÁRIO DE ADESÃO DE EX-EMPREGADOS (DEMITIDOS/APOSENTADOS) –

RN279

						SAC: 0800 64 80 400	
FORMULÁRIO INSCRIÇÃO EX-EMPREGADO REGULAMENTADO						www.unimed.com.br/atendimento/976	
<input type="checkbox"/> INCLUSÃO			<input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO ENDEREÇO				
UNIMED: UNIMED DO ESTADO DE SANTA CATARINA FEDERAÇÃO ESTADUAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS				Registro ANS n.º 35.569-1			
CONTRATANTE:				CONTRATO N.º			
DADOS DO PLANO							
N.º do Registro Produto na ANS:		Co-participação: () 0% () 20% () 30% () 50%		Acomodação: () Apto () Enf. () sem intern			
				Abrangência: () Nac () Est () Reg			
Valor Total da contraprestação pecuniária por beneficiário – tabela de custos ex-empregados							
Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Total		
R\$	R\$	R\$	R\$	R\$	R\$		
Valor a ser subsidiado pelo empregador ou pelos empregados ativos					Total		
R\$	R\$	R\$	R\$	R\$			
DADOS DO EX-EMPREGADO							
() Demitido sem Justa Causa ou exonerado () Aposentado		Data do Desligamento _/_/____	Data Admissão _/_/____	Início de Vigência do Plano: _/_/____			
Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):				Código do Beneficiário:			
Sexo: M () F ()	Estado Civil:	D. Nascimento: _/_/____	Nome da mãe (Conforme registro civil ou RG):				
CPF:	RG / Órgão Emissor / Código país		CNS – Cartão Nacional de Saúde:				
Endereço Residencial:				N.º:	Complemento:		
Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:	E-mail:			
Fone: ()	Celular: ()	Endereço Correspondência:			N.º:		
Complemento:	Bairro:	CEP:	Cidade:	UF:			
DADOS DOS DEPENDENTES							
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Sx	EC	D. Nascimento
1							
CPF:		RG:	Órgão Emissor		País:		
Nome da mãe (conforme consta no registro Civil ou RG):				CNS:			
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Sx	EC	D. Nascimento
2							
CPF:		RG:	Órgão Emissor		País:		
Nome da mãe (conforme consta no registro Civil ou RG):				CNS:			
Dep	GP	Nome (Conforme consta no Registro Civil ou RG):			Sx	EC	D. Nascimento
3							
CPF:		RG:	Órgão Emissor		País:		
Nome da mãe (conforme consta no registro Civil ou RG):				CNS:			
GP - Grau Parentesco: TI = Titular CP = Companheiro(a) ES = Esposo(a) FA = Filha FO = Filho EN = Enteadado		SX - Sexo: F = Feminino M = Masculino		EC- Estado Civil: S = Solteiro C = Casado D = Desquitado V = Viúvo O = Outros			

Através desta declara ter conhecimento de todo o teor do Contrato n° _____, firmado entre a _____, e a **Unimed do Estado de Santa Catarina**, na data de ____/____/____, ao qual, neste momento adere na condição de ex-empregado, responsabilizando-se por todas as suas cláusulas contratuais e eximindo, por consequência, a responsabilidade da Empresa acima qualificada. Outrossim, requer desde já a inclusão dos beneficiários acima relacionados e se responsabiliza pelas declarações efetuadas neste formulário, ciente de que em caso de omissão ou inverdade será responsabilizado na forma da lei. Requer ainda, que o boleto de cobrança seja enviado para o seu endereço.

RESUMO DAS CONDIÇÕES GERAIS

- 1) O ex-empregado demitido ou exonerado, sem justa causa ou aposentado, inscrito em contratos que foram celebrados após 1º de janeiro de 1999, ou que foram adaptados à Lei nº 9.656, de 1998, terá direito a manutenção do plano de saúde, conforme condições abaixo:
- 1.1) A manutenção no plano é extensiva aos dependentes que estiverem inscritos no plano na ocasião da rescisão do contrato de trabalho do titular desde que atendidas as condições de dependência previstas na Cláusula Condições de Admissão do contrato. Podendo a condição de beneficiário ser mantida pelo ex-empregado, individualmente, ou com parte do seu grupo familiar.
 - 1.2) Poderão ser incluídos novo cônjuge e filhos do ex-empregado, no período de manutenção da condição de beneficiário.
 - 1.3) Em caso de morte do titular (ex-empregado), o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano, mediante comunicação formal à Contratada com a indicação do dependente responsável pelo pagamento.
- 2) Ao empregado aposentado que continuar trabalhando na mesma empresa e venha a ser demitido, é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998 (aposentado). O direito a manutenção do plano será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar do empregador. O direito de manutenção também é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31, da Lei nº 9.656, de 1998. Mediante preenchimento de formulário específico.
- 3) O ex-empregado tem ao prazo **máximo de 30 dias**, contados a partir da data da ciência do direito a manutenção do plano de saúde, para optar pela manutenção do benefício, confirmada mediante preenchimento deste formulário.
- 4) Os beneficiários que se encontram em período de carência ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), na data da rescisão do contrato de trabalho, cumprirão o período restante, contado a partir da data da sua inscrição na condição de ex-empregado.
- 5) O tempo de permanência do beneficiário neste plano será permitida da seguinte forma:
- a) Para os aposentados com rescisão do contrato de trabalho:
 - * 10 (dez) anos ou mais de contribuição na mensalidade do plano de saúde mantido pela empresa, sem interrupção: direito de manutenção por tempo indeterminado.
 - * Menos de 10 (dez) anos de contribuição na mensalidade do plano de saúde mantido pela empresa, sem interrupção: direito a manutenção equivalente ao período de contribuição.
 - b) demitidos ou exonerados sem justa causa:
 - * um terço do tempo de contribuição na mensalidade do plano de saúde, mantido pela empresa, sem interrupção, garantindo o mínimo de seis e máximo de vinte e quatro meses.
 - c) O beneficiário e seus dependentes perderão automaticamente o benefício:
 - * pelo decurso dos prazos previstos para manutenção do plano na condição de demitido;
 - * em caso de admissão em novo emprego. Entende-se como novo emprego: novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão; ou
 - * no cancelamento do plano de saúde contratado pela CONTRATANTE, para empregados ativos e ex-empregados.
- 5.1) Sempre que solicitado, o beneficiário deverá apresentar sua CTPS ou outro documento requerido. Em caso de admissão em novo emprego, o beneficiário deverá comunicar imediatamente a Unimed ou a empresa detentora do contrato ao qual está vinculado para requerer a sua exclusão e devolução dos cartões de identificação do plano.
- 5.2) Perderá imediatamente o direito a qualquer atendimento em caso de admissão em novo emprego e a não comunicação, devendo reembolsar a CONTRATADA o custo dos atendimentos realizados que excederem o valor da contribuição mensal paga, a partir da data de início no novo emprego.
- 6) A partir da sua inclusão na condição de ex-empregado, passará a assumir o pagamento integral da mensalidade e co-participação, incluindo, quando houver, os valores relativos ao agravo, decorrente de doença ou lesão

preexistente. A mensalidade deverá corresponder ao valor integral estabelecido na tabela de custos por faixa etária com as devidas atualizações, sendo a cobrança efetuada da seguinte forma: a CONTRATADA emitirá boletos de cobrança individuais, com vencimento para o dia 10 de cada mês em nome dos ex-empregados, encaminhando-os para o endereço fornecido.

6.1) Em caso de não recebimento do documento de cobrança de mensalidade do plano em até 5(cinco) dias antes o vencimento, o beneficiário deverá entrar em contato com a Unimed.

6.2 Quando parte da mensalidade for subsidiada pelo empregador ou pelos empregados ativos, esta parte será deduzida do valor constante nos boletos emitidos contra o ex-empregado.

7) O reajuste das mensalidades observará os critérios abaixo:

a) contrato exclusivamente para manutenção de ex-empregados, previstos nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98, o índice de reajuste será apurado considerando toda carteira dos planos de ex-empregados da CONTRATADA, de forma unificada e divulgado no Portal da Operadora, aplicado no mês do aniversário do contrato.

b) manutenção de ex-empregado no mesmo contrato dos empregados ativos, reajuste conforme negociação entre Contrata e Contratante, aplicado no mês de aniversário do contrato.

8) Ocorrendo impontualidade no pagamento, o valor será corrigido conforme índices de correções previstas no contrato mantido com a empresa.

8.1) O atraso também implica na imediata suspensão dos atendimentos e na exclusão do beneficiário e seus dependentes do plano, em caso de atraso superior a 60 dias, ininterruptos ou não, permanecendo o beneficiário responsável pelo pagamento das parcelas pendentes.

9) É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado ou seus dependentes vinculados ao plano, durante o período de manutenção da condição de beneficiário garantida pelos artigos 30 e 31 da Lei nº 9656, de 1998, o direito de exercer a portabilidade especial de carências para plano individual ou familiar ou coletivo por adesão, em operadoras nos termos do disposto no artigo 28 da RN nº 279, de 2011, c.c artigo 7º - C da RN nº 186, de 2009, e suas posteriores alterações.

10) VIGÊNCIA DA INSCRIÇÃO DO EX-EMPREGADO - Na inclusão de beneficiários na condição de ex-empregado (demitido ou aposentado) a vigência seguirá conforme regras abaixo:

a) Até 30 dias da ciência ou

b) Conforme data de exclusão

Se optar pela opção "a", declaro estar ciente que a ficarei descoberto do plano de saúde entre a data de exclusão do plano anterior e a vigência do plano de ex-empregado.

DOCUMENTAÇÃO

TITULAR:

1. Cópia RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde – CNS.

2. Comprovante de residência em nome do **titular** ou outro documento que comprove. Exemplos abaixo:

- Conta de água, luz ou telefone , Contrato de Locação, Declaração de endereço (somente para as situações listadas no anexo 2 do Manual de Cadastro).

3. Cópia da carteira de trabalho

DEPENDENTES:

1. Esposa: Cópia RG, CPF, Certidão de Casamento e Cartão Nacional de Saúde – CNS;

2. Companheira: Cópia RG, CPF, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório) e Cartão Nacional de Saúde – CNS.

3. Filhos menores de 18 anos: Cópia Certidão de Nascimento e Cartão Nacional de Saúde - CNS;

4. Filhos a partir de 18 anos: Cópia do RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde – CNS;

5. Filhos Adotivos: Mesma documentação prevista nos itens 3 e 4 e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;

6. Enteados: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e comprovação de convivência do casal;

7. Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos: Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos, mais decisão judicial que comprove a guarda ou tutela do beneficiário titular.

DECLARO para os fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 9656/98 e RN 195/09 que: **recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.**

OBS: Conforme IN/DIPRO 20/09 da ANS:

1: Art. 5º O Guia de Leitura Contratual será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular.

2: Art. 6º Sempre que demandada pelo beneficiário titular, a pessoa jurídica contratante deverá disponibilizar cópia do instrumento contratual contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

DATA: ____/____/____

Assinatura do Ex-Empregado: _____

Assinatura e carimbo do(a) Contratante

Nome do(a) representante: _____

Cargo do(a) representante: _____

Atualização: jun/14 – versão 1.1

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

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

TITULAR– DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

1. **Cópia RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde – CNS.**
2. **Comprovante de residência** em nome do **titular** ou outro documento que comprove. Exemplos abaixo:
 - Conta de água, luz ou telefone
 - Contrato de Locação
 - Declaração de endereço.
3. **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante, conforme segue:**

3.1 Funcionários: - Cópia da Carteira de Trabalho (página: da qualificação civil e onde consta o registro do vínculo); ou - Cópia da Ficha de Registro do Empregado–assinada e carimbada pela empresa; ou Contra cheque / folha de pagamento.	3.2 Temporário, estagiário ou menor aprendiz: - Contrato de Trabalho; ou - Carteira de Trabalho (página: da qualificação civil e onde consta o registro). 3.3 Sócios: Contrato Social
3.4 Administradores: - Cópia da última alteração do contrato social da pessoa jurídica	3.5 Agente Político - Documento de Diplomação – que comprove a sua nomeação ao cargo.

DEPENDENTES – DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

1. **Esposa:** Cópia RG, CPF, Certidão de Casamento e Cartão Nacional de Saúde – CNS;
2. **Companheira:** Cópia RG, CPF, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório) e Cartão Nacional de Saúde – CNS.
3. **Filhos menores de 18 anos:** Cópia Certidão de Nascimento e Cartão Nacional de Saúde - CNS;
4. **Filhos a partir de 18 anos:** Cópia do RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde – CNS;
5. **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista nos itens 3 e 4 e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção;
6. **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e comprovação de convivência do casal;
7. **Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos:** Mesma documentação prevista para filhos menores e a partir dos 18 anos e documento de decisão judicial que comprove a guarda ou tutela do beneficiário titular.

OBS.: Formulários Cadastrais recebidos na Operadora até o dia 15 de cada mês têm vigência a partir do 1º dia do mês seguinte, desde que corretamente preenchido, assinado e com a cópia dos documentos.

DECLARAÇÃO: Declaro que autorizo a Pessoa Jurídica a qual estou vinculado(a), a receber os extratos mensais contendo os meus gastos e dos meus dependentes.

DECLARAÇÃO: Declaro, para os fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 9656/98 e RN 195/09 que: **recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.**

OBS: Conforme IN/DIPRO 20/09 da ANS:

1: Art. 5º O Guia de Leitura Contratual será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular.

2: Art. 6º Sempre que demandada pelo beneficiário titular, a pessoa jurídica contratante deverá disponibilizar cópia do instrumento contratual contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

Assinatura do Titular

Carimbo Vendedor

Assinatura e carimbo do(a) Contratante

Nome do(a) representante: _____

DATA: ____/____/____

Cargo do(a) representante: _____