**FORMULÁRIO CADASTRAL – COLETIVO POR ADESÃO – VD**

**1. DADOS DA OPERADORA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OPERADORA**  Unimed Extremo Oeste Catarinense | **CNPJ**  80.653.975/0001-58 | **REGISTRO ANS**  Nº 34.025-1 |

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

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

**3. DADOS DO PLANO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **N° REGISTRO ANS** | **ABRANGÊNCIA**  ☐Nacional ☐Estadual ☐Regional ☐Municipal | **TAXA DE INSCRIÇÃO**  **POR BENEFICIÁRIO**  R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **COPARTICIPAÇÃO**  ☐0% ☐20% ☐30% ☐50% | **ACOMODAÇÃO**  ☐Coletivo ☐Apto ☐Sem Internação |

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Exclusivo preenchimento PJ** | No plano em pré-pagamento o valor da mensalidade é devido a partir da data de início de vigência do beneficiário no plano e cobrada na fatura da próxima competência. |
| **INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO:**  ☐\*A partir da data de recebimento e conferência deste formulário pela Unimed, com vigência em: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  ☐ \*A partir de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_ (data especificada pelo contratante).  ☐A partir do 1º do dia do mês da próxima competência de faturamento, com vigência em: \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_  **COBRANÇA:**  **O início de vigência do plano determina o prazo a partir do qual incidirá a respectiva obrigação de pagamento da mensalidade. A opção de início de vigência pode significar que no primeiro faturamento haja acumulo de valores relativos há mais de uma mensalidade.**  ***Exemplo:*** *Início de vigência 25/09, a mensalidade a partir de 25/09 será cobrada na fatura da competência do mês 11, sendo: 6 dias referente ao mês 09 + mensalidade dos meses 10 e 11.* |
| **Nota:** Novos contratos têm início de vigência conforme negociação. |

**5. DADOS DO TITULAR**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOME** | | | | | **CÓDIGO BENEFICIÁRIO NA OPERADORA** | |
| **CPF** | | **DATA NASCIMENTO**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | | **SEXO**  ☐ M ☐F | | **(\*) ESTADO CIVIL** |
| **VÍNCULO COM A CONTRATANTE**  ☐Cooperado ☐Associado ☐Sindicalizado ☐Outro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | **DATA DE VINCULAÇÃO NA CONTRATANTE**  \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |
| **TELEFONE CELULAR COM DDD** | **TELEFONE RESIDENCIAL COM DDD** | | **E-MAIL** | | | |

**6. DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES**

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

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

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

**7. MUDANÇA DE PLANO NA MESMA OPERADORA**

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

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

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

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

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

**8. DECLARAÇÕES E CIÊNCIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Declaro** **que tomei conhecimento:**   1. do **valor do custo do meu plano de acordo com a minha faixa etária e de meus dependentes.** 2. que as **substituições de prestadores** não hospitalares da rede assistencial do meu plano ficarão disponíveis nos canais de atendimento informados no cabeçalho deste documento e no verso do cartão do plano. 3. que o **GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC)**, editado pela ANS, será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular. 4. que a Operadora disponibiliza o **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)** no link: www.unimedextremooeste.com.br com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano e que posso solicitar à pessoa jurídica contratante **cópia do instrumento contratual** contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC. 5. que o plano de saúde tem expressa exclusão para o atendimento domiciliar de consultas, internações, exames e demais atendimentos ou tratamentos em regime domiciliar. 6. **que os atendimentos realizados terão coparticipação, quando devido, conforme prevê cláusula contratual Mecanismos de Regulação.** 7. que a Pessoa Jurídica à qual estou vinculado(a) receberá informações necessárias para a execução do contrato, de acordo com a regulamentação vigente da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). 8. que Operadora realizará o tratamento dos dados pessoais fornecidos por mim em conformidade com a Lei nº 13.709/2018 (“Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais”), inclusive, quando aplicável, para fins de compartilhamento com outras Unimeds por meio do Sistema de Intercâmbio ou com prestadores de serviços parceiros, tudo conforme Política de Privacidade disponível eletronicamente no site www.unimedextremooeste.com.br.   **Declaro ainda que:**   1. recebi o **MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE (MPS)**, editado pela ANS, antes da assinatura desta proposta, li e compreendi o seu inteiro teor. 2. na qualidade de titular do plano, possuo as autorizações necessárias para informar os dados pessoais dos beneficiários dependentes vinculados ao mesmo, 3. na qualidade de titular e responsável legal dos adolescentes (maior de 12 anos e menores de 18), ou incapazes, tenho ciência de que a CONTRATADA realizará o tratamento dos respectivos dados pessoais, inclusive dados pessoais sensíveis, sempre em respeito ao melhor interesse dos mesmos, em conformidade com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais e do Estatuto da Criança e Adolescente.   **DATA: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_.**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | **ASSINATURA DO TITULAR** |  | **ASSINATURA DO(A) CONTRATANTE** | |

**9. TRATAMENTO DOS DADOS PESSOAIS**

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

###### 

|  |
| --- |
| **ANEXO I****DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO NO PLANO** |
| **TITULAR**   1. **Cópia** CPF, CNS e RG; 2. **Comprovante de residência e telefone atualizados** em nome do **titular** ou outro documento que comprove.    * ***Exemplos:*** *conta de água, luz ou telefone; contrato de locação; declaração de endereço.* 3. **Cópia de documento que comprove a elegibilidade do titular**, ou seja, o seu vínculo com o(a) CONTRATANTE (documento legal).   **DEPENDENTES**   * **Esposo(a):** Cópia CPF, CNS, RG e Certidão de Casamento; * **Companheiro(a):** Cópia CPF, CNS, RG e Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal e por mais duas testemunhas reconhecidas em cartório); * **Filhos(as):** Cópia do CPF, CNS, Cópia da Certidão de Nascimento ou RG; * **Filhos Adotivos:** Mesma documentação prevista para filhos e se ainda não tiver Certidão de Nascimento, apresentar o termo de guarda para fins de adoção; * **Filho menor de 12 (doze) anos cuja paternidade tenha sido reconhecida judicial ou extrajudicialmente:** Mesma documentação prevista para filhos e sentença transitada em julgado em processo de reconhecimento da paternidade; * **Enteados:** Mesma documentação prevista para filhos e comprovação de convivência do casal; * **Criança ou adolescente solteiro até 24 anos incompletos:** Mesma documentação prevista para filhos e documento de decisão judicial que comprove a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular; * **Incapazes a partir de 24 anos:** Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos e Termo de Curatela. |