

1. DADOS DA OPERADORA

OPERADORA Unimed Chapecó Coop. de Trab. Méd. Da Reg. Oeste Catarinense	CNPJ 85.283.299/0001-91	REGISTRO ANS 35.429-5
---	----------------------------	--------------------------

2. MODALIDADE DO CONTRATO

<input type="checkbox"/> Coletivo Empresarial	<input type="checkbox"/> Coletivo por Adesão	<input type="checkbox"/> Individual/Familiar
---	--	--

3. DADOS DO (A) CONTRATANTE

NOME/ RAZÃO SOCIAL*	Nº OPER.	CPF/CNPJ
---------------------	----------	----------

*Quando Coletivo Empresarial ou Coletivo por Adesão preencher a razão social. Quando Individual/Familiar ou Ex-empregado preencher o nome do Titular.

4. DADOS DO PLANO

ABRANGÊNCIA <input type="checkbox"/> Nacional <input type="checkbox"/> Estadual <input type="checkbox"/> Regional/Grupo de Municípios <input type="checkbox"/> Municipal	
ACOMODAÇÃO <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento	Nº DO REGISTRO DO PLANO:

5. PERÍODO DA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL E COBRANÇA

PERÍODO: Formulários de Inclusão sem pendências recebidos até o dia 10 do mês vigente serão processados para o primeiro dia do mês subsequente. Como se trata de plano em pré-pagamento o valor da mensalidade é devido a partir da data de início de vigência do beneficiário no plano.

PREENCHER SOMENTE O QUADRO CORRESPONDENTE A ESTA MOVIMENTAÇÃO

Nova Inclusão Mudança de Plano Inclusão de dependente (s) Portabilidade

Portabilidade aplica-se aos beneficiários a seguir: Titular Dep. 1 Dep. 2 Dep. 3 Dep. 4.

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO A partir de ___/___/_____

6. DADOS DO TITULAR

(Para empresas com 10 ou menos beneficiários ativos, os campos com asterisco (*) são facultativos de preenchimento)

NOME COMPLETO (sem abreviação)		CODIGO BENEFICIARIO NA OPERADORA	
CPF	MATRICULA FUNCIONAL	SEXO <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Outro _____	
DATA DE NASCIMENTO*	NOME DA MAE*		
CARTAO NACIONAL DE SAUDE (SUS)*		NACIONALIDADE*	
E-MAIL	NUMERO DE TELEFONE ()		
VINCULO EMPREGATICO* <input type="checkbox"/> Funcionário <input type="checkbox"/> Sócio <input type="checkbox"/> Estagiário/Jovem Aprendiz <input type="checkbox"/> Cooperado <input type="checkbox"/> Associado <input type="checkbox"/> Sindicalizado <i>*Planos PF ou Ex empregado não é necessário o preenchimento</i>			
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)			

RUA*		NUMERO*
COMPLEMENTO*	BAIRRO*	
CEP*	CIDADE*	ESTADO*

7. DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

(Para empresas com 10 ou menos beneficiários ativos, os campos com asterisco (*) são facultativos de preenchimento)

DEP. 1	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Outro _____
	CPF	NOME DA MÃE *	
	NACIONALIDADE*	DATA DE NASCIMENTO *	CARTÃO NACIONAL DE SAUDE (SUS)*
	GRAU DE PARENTESCO <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Enteado(a) <input type="checkbox"/> Outros: _____		
	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)		
	E-MAIL	TELEFONE ()	
	CÓDIGO BENEFICIÁRIO NA OPERADORA		
DEP. 2	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Outro _____
	CPF	NOME DA MÃE *	
	NACIONALIDADE*	DATA DE NASCIMENTO *	CARTÃO NACIONAL DE SAUDE (SUS)*
	GRAU DE PARENTESCO <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Enteado(a) <input type="checkbox"/> Outros: _____		
	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)		
	E-MAIL	TELEFONE ()	
	CÓDIGO BENEFICIÁRIO NA OPERADORA		
DEP. 3	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Outro _____
	CPF	NOME DA MÃE *	
	NACIONALIDADE*	DATA DE NASCIMENTO *	CARTÃO NACIONAL DE SAUDE (SUS)*
	GRAU DE PARENTESCO <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Enteado(a) <input type="checkbox"/> Outros: _____		
	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)		
	E-MAIL	TELEFONE ()	
	CÓDIGO BENEFICIÁRIO NA OPERADORA		

DEP. 4	NOME COMPLETO (sem abreviações)		SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Outro _____
	CPF	NOME DA MAE *	
	NACIONALIDADE*	DATA DE NASCIMENTO *	CARTAO NACIONAL DE SAUDE (SUS)*
	GRAU DE PARENTESCO <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Enteado(a) <input type="checkbox"/> Outros: _____		
	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a)		
	E-MAIL	TELEFONE ()	
	CÓDIGO BENEFICIÁRIO NA OPERADORA		

8. ORIENTAÇÃO APLICÁVEL AO EX-EMPREGADO/APOSENTADO

Demitido ou exonerado sem justa causa:

Poderá permanecer no plano o equivalente a 1/3 do tempo total que tenha contribuído para o plano de saúde, sendo o mínimo de seis meses e o máximo de dois anos.

Aposentado

Menos de 10 (dez) anos de contribuição: Poderá permanecer no plano por período equivalente ao tempo de contribuição; ou

10 (dez) anos ou mais de contribuição: Poderá permanecer no plano indefinidamente, enquanto a empresa mantiver o plano de saúde para os empregados ativos.

9. DECLARAÇÕES E CIÊNCIA

Declaro que tomei conhecimento:

- este formulário será aceito mediante correto preenchimento de todos os campos e as cópias dos documentos previstos contratualmente e no anexo I deste formulário;
- do 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;
- do direito de benefício da súmula 21 quando a mesma atender os critérios previstos na legislação;
- do valor do custo do meu plano de acordo com a minha faixa etária e de meus dependentes;
- que o GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC), editado pela ANS, será disponibilizado com o cartão de identificação do beneficiário titular (físico ou digital);
- que a Operadora disponibiliza o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN SS) no link: www.unimed.coop.br/chapeco com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano;
- que os atendimentos realizados terão coparticipação, quando devido, conforme prevê cláusula contratual Mecanismos de Regulação;
- que para fins de portabilidade declaro não estar em período de internação, ciente da impossibilidade de exercer o direito de portabilidade quando estiver em período de internação;
- que a Operadora realizará o tratamento dos dados pessoais 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.unimed.coop.br/chapeco;
- na qualidade de titular do plano, possuo as autorizações necessárias para informar os dados pessoais dos beneficiários dependentes;
- na qualidade de titular e responsável legal de menores de 18 anos ou incapazes, declaro que possuo as autorizações necessárias para realizar o preenchimento das informações acima, 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.

10. DA VIGÊNCIA DA CONTRATUALIZAÇÃO

A data de assinatura do presente documento não interfere no início da vigência da contratualização a qual ocorrerá a partir da data definida no item início de vigência do plano.



FORMULÁRIO DE INCLUSÃO

FOR.REA.0001/06
Implantação: 01/2023
6ª Revisão: 07/2024
Classificação: RESTRITO

11. ASSINATURA ELETRÔNICA

No caso deste documento ser assinado eletronicamente, as Partes reconhecem que suas declarações de vontade, confirmadas mediante assinatura digital, presumem-se verdadeiras em relação aos signatários quando é utilizado o processo de certificação disponibilizado pela Infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira - ICP-Brasil ou outro meio de comprovação da autoria e integridade do documento em forma eletrônica, desde que admitido como válido pelas Partes ou aceito pela pessoa a quem for oposto o documento, conforme admitido pelo art. 10 e seus parágrafos da Medida Provisória nº 2.200, de 24 de agosto de 2001, em vigor no Brasil, reconhecendo essa forma de contratação em meio eletrônico, digital e informático como válida e plenamente eficaz, constituindo título executivo extrajudicial para todos os fins de direito. Na forma acima prevista, este documento e eventuais anexos podem ser assinados digitalmente por meio eletrônico conforme disposto nesta cláusula.

DATA: __/__/____

ASSINATURA DO TITULAR

ASSINATURA E CARIMBO DA EMPRESA CONTRATANTE

Razão Social:

CNPJ:

*Quando inclusão de ex-empregado ou individual/familiar dispensa a assinatura da empresa contratante.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL PELO TITULAR MENOR

NOME:

CPF:

*Obrigatório somente quando o colaborador for menor de idade.

ANEXO I - DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

IMPORTANTE! A flexibilização da documentação será aplicada mediante assinatura do termo de responsabilidade e compromisso.

Os documentos são obrigatórios de acordo com o número de beneficiários ativos conforme abaixo:

Empresas com 10 ou menos beneficiários ativos:

TITULAR

- 1) Cópia do CPF;
- 2) Cópia do RG, CNH física, CNH digital ou carteira de profissional (conselhos).
- 3) Cópia do CNS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;
- 4) Comprovante de residência em nome do titular conforme opções abaixo:
 - Declaração de endereço assinada;
 - Faturas de água, luz, telefone fixo ou móvel, cartão de crédito, condomínio e internet;
 - Boletos que contenham data de emissão ou vencimento;
 - Contrato de locação completo (assinado pelo locador e locatário de forma física ou digital).

**Todos os comprovantes devem estar em nome do titular, em nome dos pais ou em nome do cônjuge desde que apresentado o comprovante de vínculo, além disso deve estar atualizado dentro dos últimos 90 dias e com endereço legível.*

5) **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:**

Funcionários/ Temporário/ Estagiário ou Jovem Aprendiz:

- Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e a página do registro de trabalho na empresa);
- Cópia da Ficha de Registro do Empregado (com logomarca, folha timbre ou carimbo da empresa);
- Folha de pagamento.

Sócios ou Administradores: • Cópia da última alteração do Contrato Social.

Agente Político: • Documento de Diplomação (que comprove a sua nomeação ao cargo).

DEPENDENTES

• **Esposo(a) ou Companheiro(a):**

- 1) Cópia do CPF;
- 2) Cópia do RG, CNH física ou CNH digital;
- 3) Cópia do CNS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;
- 4) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal com reconhecimentos em cartório)

• **Filhos(as):**

- 1) Cópia do CPF;
 - 2) Cópia da Certidão de Nascimento, RG, CNH física ou CNH digital;
 - 3) Cópia do CNS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;
- **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;
 - **Incapazes a partir de 24 anos:** Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos e Termo de Curatela.

Empresas a partir 11 beneficiários ativos:

TITULAR

1) **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:**

Funcionários/ Temporário/ Estagiário ou Jovem Aprendiz:

- Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e a página do registro de trabalho na empresa);
- Cópia da Ficha de Registro do Empregado (com logomarca, folha timbre ou carimbo da empresa);
- Folha de pagamento.

Sócios ou Administradores: • Cópia da última alteração do Contrato Social.

Agente Político: • Documento de Diplomação (que comprove a sua nomeação ao cargo).

DEPENDENTES

- **Esposo(a) ou Companheiro(a):** Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal com reconhecimentos em cartório);
- **Filhos(as):** Cópia da Certidão de Nascimento, RG, CNH física ou CNH digital;
- **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;
- **Incapazes a partir de 24 anos:** Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos e Termo de Curatela.

Empresas a partir 500 beneficiários ativos:

Dispensado os documentos para titulares e dependentes, exceto o vínculo empregatício:

TITULAR

1) Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:

Funcionários/ Temporário/ Estagiário ou Jovem Aprendiz:

- Cópia da Carteira de Trabalho (página da qualificação civil e a página do registro de trabalho na empresa);
- Cópia da Ficha de Registro do Empregado (com logomarca, folha timbre ou carimbo da empresa);
- Folha de pagamento.

Sócios ou Administradores:

- Cópia da última alteração do Contrato Social.

Agente Político:

- Documento de Diplomação (que comprove a sua nomeação ao cargo).

Os documentos abaixo são obrigatórios independentemente da quantidade de beneficiários ativos:

PORTABILIDADE

- 1) Cópia da carta de portabilidade de carências (atualizada dentro dos últimos 30 dias);
- 2) Cópia do relatório de compatibilidade de planos (atualizado dentro dos últimos 10 dias).

EX-EMPREGADO/APOSENTADO

Cópia rescisão contratual de trabalho ou a carta de concessão do benefício de aposentadoria emitido pelo INSS.

CARTA DE ORIENTAÇÃO E DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Obrigatório de acordo com a regra contratual.

ANEXO II - DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO NO PLANO COLETIVO POR ADESÃO

IMPORTANTE! A flexibilização da documentação será aplicada mediante assinatura do termo de responsabilidade e compromisso.

Os documentos são obrigatórios de acordo com o número de beneficiários ativos conforme abaixo:

Empresas com 10 ou menos beneficiários ativos:

TITULAR

- 1) Cópia do CPF;
- 2) Cópia do RG, CNH física, CNH digital ou carteira de profissional (conselhos).
- 3) Cópia do CNS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;
- 4) Comprovante de residência em nome do titular conforme opções abaixo:

- Declaração de endereço assinada;
- Faturas de água, luz, telefone fixo ou móvel, cartão de crédito, condomínio e internet;
- Boletins que contenham data de emissão ou vencimento;
- Contrato de locação completo (assinado pelo locador e locatário de forma física ou digital).

**Todos os comprovantes devem estar em nome do titular, em nome dos pais ou em nome do cônjuge desde que apresentado o comprovante de vínculo, além disso deve estar atualizado dentro dos últimos 90 dias e com endereço legível.*

1) **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:** Cópia do documento que comprove a elegibilidade do titular. (Vínculo com o(a) CONTRATANTE - Documento Legal).

DEPENDENTES

• **Esposo(a) ou Companheiro (a):**

Cópia do CPF;

Cópia do RG, CNH física ou CNH digital;

Cópia do CNS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;

Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal com reconhecimentos em cartório).

• **Filhos(as):**

Cópia do CPF;

Cópia da Certidão de Nascimento, RG, CNH física ou CNH digital;

Cópia do CNS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;

• **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;

• **Incapazes a partir de 24 anos:** Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos e Termo de Curatela.

Empresas a partir 11 beneficiários ativos:

TITULAR

1) **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:** Cópia do documento que comprove a elegibilidade do titular. (Vínculo com o(a) CONTRATANTE - Documento Legal).

DEPENDENTES

• **Esposo(a) ou Companheiro (a):**

Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal com reconhecimentos em cartório).

• **Filhos(as):**

Cópia da Certidão de Nascimento, RG, CNH física ou CNH digital;

• **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;

• **Incapazes a partir de 24 anos:** Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos e Termo de Curatela.

Empresas a partir de 500 beneficiários ativos:

Dispensado os documentos para titulares e dependentes, exceto o vínculo empregatício:

TITULAR

1) **Comprovante de vínculo com a Pessoa Jurídica Contratante:** Cópia do documento que comprove a elegibilidade do titular. (Vínculo com o(a) CONTRATANTE - Documento Legal).

Os documentos abaixo são obrigatórios independentemente da quantidade de beneficiários ativos:

PORTABILIDADE

- 1) Cópia da carta de portabilidade de carências (atualizada dentro dos últimos 30 dias);
- 2) Cópia do relatório de compatibilidade de planos (atualizado dentro dos últimos 10 dias).

CARTA DE ORIENTAÇÃO E DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Obrigatório de acordo com a regra contratual.

ANEXO III - DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO NO PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR

TITULAR

- 1) Cópia do CPF;
 - 2) Cópia do RG, CNH física, CNH digital ou carteira de profissional (conselhos).
 - 3) Cópia do CNS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;
 - 4) Comprovante de residência em nome do titular conforme opções abaixo:
- Declaração de endereço assinada;
 - Faturas de água, luz, telefone fixo ou móvel, cartão de crédito, condomínio e internet;
 - Boletos que contenham data de emissão ou vencimento;
 - Contrato de locação completo (assinado pelo locador e locatário de forma física ou digital).
- *Todos os comprovantes devem estar em nome do titular, atualizado dentro dos últimos 90 dias e com endereço legível.*

DEPENDENTES

- **Esposo(a) ou Companheiro (a):**
 - 1) Cópia do CPF;
 - 2) Cópia do RG, CNH física ou CNH digital;
 - 3) Cópia do CNS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;
 - 4) Cópia da Certidão de Casamento, Escritura Pública ou Declaração Particular (assinada pelo casal com reconhecimentos em cartório).
- **Filhos(as):**
 - 1) Cópia do CPF;
 - 2) Cópia da Certidão de Nascimento, RG, CNH física ou CNH digital;
 - 3) Cópia do CNS (Cartão Nacional do SUS) físico ou digital;
- **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;
- **Incapazes a partir de 24 anos:** Filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular: Mesma documentação prevista para filhos e Termo de Curatela.

PORTABILIDADE

- 1) Cópia da carta de portabilidade de carências (atualizada dentro dos últimos 30 dias);
- 2) Cópia do relatório de compatibilidade de planos (atualizado dentro dos últimos 10 dias).

CARTA DE ORIENTAÇÃO E DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Obrigatório de acordo com a regra contratual.