

	Formulário Cadastral – Coletivo por Adesão – VD	Código	FQ-229
		Versão	3
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	1 / 3

Os campos em destaque na cor cinza, são de preenchimento da Operadora

1. DADOS DA OPERADORA

OPERADORA	CNPJ	REGISTRO ANS
Unimed Litoral Cooperativa de Trabalho Médico Ltda.	85.377.174/0001-20	30335-6

2. DADOS DO(A) CONTRATANTE

RAZÃO SOCIAL DA CONTRATANTE	CNPJ	Nº CONTRATO
SINASEFE Litoral	03.658.820/0056-37	

3. DADOS DO PLANO

NOME COMERCIAL DO PLANO		Nº REGISTRO ANS
COPARTICIPAÇÃO	ACOMODAÇÃO	ABRANGÊNCIA
() 0% () 20% () 50%	() Coletivo () Apartamento	() Nacional () Estadual () Regional

4. PERÍODO DA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL, INÍCIO DE VIGÊNCIA E COBRANÇA

Como se trata de plano em pré-pagamento o valor da mensalidade é devido a partir da data de início de vigência do beneficiário.

A partir de ____/____/____

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 acúmulo de valores relativos há mais de uma mensalidade.

VENDEDOR	Nº
----------	----

5. DADOS DO TITULAR

NOME				CÓDIGO BENEFICIÁRIO NA OPERADORA	
CPF	DATA NASCIMENTO	NATURALIDADE	SEXO () M () F	(*) ESTADO CIVIL	
VÍNCULO COM A CONTRATANTE () Cooperado () Associado () Sindicalizado () Outro: _____					
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:	NATURALIDADE DE	TELEFONE COM DDD:
Dep. 2	NOME				SEXO () M () F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	E-MAIL	NATURALIDADE DE	TELEFONE COM DDD:
Dep. 3	NOME				SEXO () M () F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	E-MAIL	NATURALIDADE DE	TELEFONE COM DDD:
Dep. 4	NOME				SEXO () M () F
	(*) GRAU DE PARENTESCO	(*) ESTADO CIVIL	E-MAIL	NATURALIDADE DE	TELEFONE COM DDD:

(*) INFORMAÇÕES VÁLIDAS PARA PREENCHIMENTO DOS CAMPOS

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

Este formulário será aceito mediante correto preenchimento de todos os campos, com as cópias dos documentos previstos contratualmente e no anexo I deste formulário.

	Formulário Cadastral – Coletivo por Adesão – VD	Código	FQ-229
		Versão	3
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	2 / 3

7. MUDANÇA DE PLANO NA MESMA OPERADORA SEM INTERRUPÇÃO – SÚMULA NORMATIVA Nº 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.

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

Assinatura do Titular ou Responsável Legal: _____

CÓDIGO ANTERIOR DO BENEFICIÁRIO

8. DECLARAÇÕES E CIÊNCIA

Declaro, para os fins de direito que:

- a) Autorizo a Pessoa Jurídica a qual estou vinculado(a), a receber os **extratos mensais** contendo os meus gastos e dos meus dependentes.
- b) 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;
- c) As **informações ora prestadas são verdadeiras**, sob pena de incorrer nos termos previstos dos artigos 171 e 299 do Código Penal, bem como dos artigos 186 e 187 do Código Civil.

Tomei conhecimento que:

- a) O **Guia de Leitura Contratual (GLC)**, estabelecido pela ANS, será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular;
- b) Do **valor do custo do meu plano de acordo com a minha faixa etária e de meus dependentes**;
- c) Que posso solicitar à pessoa jurídica contratante **cópia do instrumento contratual** contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC;
- d) As substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial do meu plano ficarão disponíveis através do endereço: **www.unimedlitoral.com.br** e no SAC da Operadora através do telefone informado no cabeçalho deste documento e no verso do cartão;
- e) A relação de prestadores poderá ser acessada através do **Guia eletrônico** no site **www.unimedlitoral.com.br**;
- f) O não pagamento dos valores devidos, ensejará no encaminhamento do meu nome aos órgãos de proteção ao crédito;
- g) A Operadora disponibiliza o **Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS)** no link: **www.unimedlitoral.com.br/plano** com acesso restrito e individualizado para cada beneficiário do plano.

DATA: ____/____/____

ASSINATURA DO TITULAR OU
RESPONSÁVEL LEGAL

ASSINATURA E CARIMBO DO(A)
CONTRATANTE

	Formulário Cadastral – Coletivo por Adesão – VD	Código	FQ-229
		Versão	3
	Sistema de Gestão da Qualidade	Folha Nº	3 / 3

ANEXO I
DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO NO PLANO

TITULAR

1) Cópia CPF, CNS e RG;

2) Telefone e Comprovante de residência atualizados em nome do **titular** ou outro documento que comprove (com data de emissão do documento até 90 [noventa] dias da sua apresentação). **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).

4) Em caso de **menor de idade** é obrigatória a apresentação dos documentos do responsável legal (Exemplo: RG, Certidão de Nascimento).

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:** Cópia CNS, Cópia da Certidão de Nascimento e CPF, de acordo com determinação da ANS e Receita Federal;
- **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 sob a guarda, tutela ou curatela:** Mesma documentação prevista para filhos e documento de decisão judicial que comprove a guarda, tutela ou curatela do beneficiário titular;
- **Incapazes sendo filhos e aqueles sob curatela do beneficiário titular:** Mesma documentação prevista para filhos e Termo de Curatela.