


| | | | |
|---|--|--------|----------|
|  | Formulário Cadastral – Coletivo por Adesão – VD | Código | FQ-229 |
| | | Versão | 08 |
| | Sistema de Gestão da Qualidade | | Folha Nº |

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.

INÍCIO DE VIGÊNCIA DO PLANO: 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 | TELEFONE COM DDD: |
| Dep. 2 | NOME | | | | SEXO ()M ()F |
| | (*) GRAU DE PARENTESCO | (*) ESTADO CIVIL | E-MAIL | NATURALIDADE | TELEFONE COM DDD: |
| Dep. 3 | NOME | | | | SEXO ()M ()F |
| | (*) GRAU DE PARENTESCO | (*) ESTADO CIVIL | E-MAIL | NATURALIDADE | TELEFONE COM DDD: |
| Dep. 4 | NOME | | | | SEXO ()M ()F |
| | (*) GRAU DE PARENTESCO | (*) ESTADO CIVIL | E-MAIL | NATURALIDADE | 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.

SAC 0800 047 2100

<https://site.unimedlitoral.com.br/>

| | | | |
|---|--|----------|--------|
|  | Formulário Cadastral – Coletivo por Adesão – VD | Código | FQ-229 |
| | | Versão | 08 |
| Sistema de Gestão da Qualidade | | Folha Nº | 2 / 4 |

7. MUDANÇA DE PLANO NA MESMA OPERADORA SEM INTERRUÇÃO – SÚMULA NORMATIVA Nº 21

Declaro para os devidos fins que estou ciente e de acordo, em decorrência da **mudança de plano na mesma operadora sem interrupção**, requerida por mim e/ou dependentes:

1. () O plano de saúde na contratação individual ou familiar (pessoa física) que até então, estava ativo, será excluído automaticamente, pois somente assim será possível atender a presente solicitação de "mudança de plano". Caso haja o interesse em permanecer com o plano pessoa física ativo, não deve ser preenchido esse quadro.

2. () Ficam mantidas as mesmas coberturas, com o **cumprimento de eventuais carências remanescentes** do plano anterior; **ou**

3. () Devido à ampliação das coberturas, além do **cumprimento de eventuais carências remanescentes** do plano anterior, haverá o cumprimento de carências em relação a:

3.1 () Internação em apartamento;

3.2 () 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;

3.3 () 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 que tomei conhecimento:

a) do valor do custo do meu plano de acordo com a minha faixa etária e de meus dependentes.

b) 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.

c) que o GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC), editado pela ANS, será entregue com o cartão de identificação do beneficiário titular.


d) que a Operadora disponibiliza o Portal de Informações do Beneficiário da Saúde Suplementar (PIN-SS) no link: <https://site.unimedlitoral.com.br/planos-2/> 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.

e) que o plano de saúde tem expressa exclusão para o atendimento domiciliar de consultas, internações, exames e demais atendimentos ou tratamentos em regime domiciliar.

f) que os atendimentos realizados terão coparticipação, quando devido, conforme prevê cláusula contratual Mecanismos de Regulação.

g) 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).

h) 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"),

| | | | |
|---|--|----------|--------|
|  | Formulário Cadastral – Coletivo por Adesão – VD | Código | FQ-229 |
| | | Versão | 08 |
| | Sistema de Gestão da Qualidade | Folha Nº | 3 / 4 |

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 <https://site.unimedlitoral.com.br/lgpd/>.

Declaro ainda que:

- a) 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.
- b) na qualidade de titular do plano, possuo as autorizações necessárias para informar os dados pessoais dos beneficiários dependentes vinculados ao mesmo,
- c) 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.


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) _____

ASSINATURA E CARIMBO DO(A) CONTRATANTE

| | | | |
|---|--|----------|--------|
|  | Formulário Cadastral – Coletivo por Adesão – VD | Código | FQ-229 |
| | | Versão | 08 |
| | Sistema de Gestão da Qualidade | Folha Nº | 4 / 4 |

**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.