

Pelo presente, declaro expressamente que, após ter recebido, lido e compreendido o «Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde» (MPS), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), CONCORDO E ESTOU CIENTE QUE:

1. Este instrumento é minha Proposta de Adesão (Proposta) aos contratos de plano de assistência à saúde e de plano de assistência odontológica, coletivos por adesão, celebrados entre a CORPORA ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DA SAÚDE LTDA, CNPJ 17.670.901/0001-93 e na ANS 41.896-0 (a “Administradora”) e, doravante “operadora”, a GREEN LINE SISTEMA DE SAÚDE LTDA., inscrita no CNPJ/MF sob n.º 61.849.980/0001-96 e na ANS sob n.º 32.507-4, e destinados à população que mantenha vínculo com a minha «Entidade», que é a Pessoa Jurídica indicada página 1 desta Proposta.

2. Tipo de Contratação: O Tipo de contratação é de natureza coletivo por adesão, consubstanciada na cobertura assistencial à saúde de beneficiários titulares com vínculo profissional, classista ou setorial com conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão, os sindicatos, as centrais e as respectivas federações e confederações, as associações profissionais legalmente constituídas.

3. Segmentação Assistencial do Plano de Saúde

A segmentação assistencial dos planos de saúde previstos neste contrato é de natureza ambulatorial e hospitalar com obstetria, cuja cobertura assistencial à saúde será prestada através de serviços próprios e credenciados, conforme relação constante no Manual de Orientação do Beneficiário.

4. Área Geográfica de Abrangência dos Planos de Saúde

A área de abrangência geográfica dos planos de saúde regulados por este contrato constitui-se por municípios e grupos de municípios do Estado de São Paulo, cuja amplitude varia de acordo com cada plano, na forma a seguir:

GREEN CA SELECT 12 E GREEN CA SELECT 33: municípios de São Paulo, Guarulhos, Mauá, Osasco e São Bernardo do Campo, todos localizados no estado de São Paulo.

GREEN CA 52: municípios de São Paulo, São Bernardo do Campo, Diadema, Mauá, Osasco, Guarulhos, São Caetano do Sul, Santo André, Ribeirão Pires, Carapicuíba, Barueri, Taboão da Serra e Suzano, todos localizados no estado de São Paulo.

GREEN CA 211: municípios de São Paulo, São Bernardo do Campo, Diadema, Mauá, Osasco, Guarulhos, São Caetano do Sul, Santo André, Ribeirão Pires, Carapicuíba, Barueri, Taboão da Serra, Suzano, Mogi das Cruzes, Francisco Morato e Franco da Rocha, todos localizados no estado de São Paulo.

GREEN CA REF. 01: municípios de São Paulo, São Bernardo do Campo, Diadema, Mauá, Osasco, Guarulhos, São Caetano do Sul, Santo André, Ribeirão Pires, Carapicuíba, Barueri, Taboão da Serra, Suzano, Mogi das Cruzes, Francisco Morato e Franco da Rocha, todos localizados no estado de São Paulo.

5. O benefício terá início de sua utilização na data indicada no campo “Início de Vigência” da Proposta de Adesão e após a quitação do 1º boleto bancário.

6. A aceitação de minha Proposta depende da comprovação de meu vínculo com a Entidade, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo estão sendo entregues por mim ao vendedor, no ato da assinatura desta, para a conferência em até 15 (quinze) dias pela Administradora, podendo esta Proposta ser recusada em razão da falta de minha elegibilidade. Em caso de recusa desta Proposta, o custo de implantação me será devolvido pelo vendedor que a recebeu.

7. O Contrato poderá ser extensivo ao cônjuge ou companheiro(a); filhos e/ou dependentes legalmente equiparados a filhos, solteiros, de até 21 (vinte e um) anos completos de idade; A inclusão deverá respeitar o prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento, adoção, matrimônio ou do início do convívio em comum para aproveitamento da carência do titular, desde que apresentada a documentação pertinente e cumprimento ou não do prazo de carência, conforme estabelecido no Contrato Coletivo por Adesão.

8. Sou o único responsável pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e qualquer circunstância que possa influir na aceitação desta Proposta, na manutenção ou no valor mensal, sabendo que omissões ou dados errôneos acarretarão a perda de todos os meus direitos, bem como os do(s) meu(s) dependente(s).

9. Os prazos de carência são os períodos nos quais nem eu nem meu(s) beneficiário(s) dependente(s) teremos direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento da mensalidade. Haverá prazos de carências para utilização das coberturas conforme estipulados na Carência Contratual presente na Cláusula 7 do Contrato Coletivo por Adesão da operadora, representada no quadro cobertura da próxima página.

Data de Vencimento:

	Coberturas	Prazos
0	Atendimentos nos casos de emergência ou de urgência, caracterizados nos termos do artigo 35-C, inciso I ou II, da Lei nº 9.656/98 e Resolução CONSU N° 13. a) Atendimento em Pronto Socorros gerais ou especializados, nos casos de emergência (independentemente da causa), ou nos casos de urgência (quando resultantes de Acidente Pessoal ou de Complicações do Processo Gestacional), que impedem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente. b) Atendimento e internações em casos de Acidente Pessoal.	24 horas
1	Além dos Procedimentos descritos no item anterior, o Beneficiário adquire o direito à: a) atendimentos, em Prontos-Socorros gerais ou especializados, nos casos em que não se configure risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente.	30 dias
2	Além dos Procedimentos descritos no item anterior, o Beneficiário adquire o direito à: a) Consultas Médicas eletivas. b) Exames, realizados em regime ambulatorial, de: Análises Clínicas e Radioimunoensaio, Citopatologia e Anatomopatologia, Eletrocardiografia, Eletroencefalografia Simples, Exame de Liquor, Exames Radiológicos Simples e Contrastados do Aparelho Digestivo e Urinário, Amniocentese, Colposcopia / Vulvosscopia / Penoscopia e Colpaciologia Oncótica, Exames Simples em Oftalmologia (motilidade ocular, fundoscopia e tonometria de aplanção). c) Procedimentos relacionados a: Cauterização de Colo de Útero, Otorrinolaringologia (lavagem de ouvidos, Remoção de Cerúmen, Cauterização Nasal).	60 dias
3	Além dos Procedimentos descritos no item anterior, o Beneficiário adquire o direito à: a) Exames realizados em regime ambulatorial de: Testes e Provas Alérgicas, Exames Especiais em Oftalmologia (Curva Tensional Diária, Campimetria, Mapeamento de Retina, Testes e Adaptação de Lentes de Contato, Tonometria, Tomografia), Exames Simples em Otorrinolaringologia (Audiometria e Impedanciometria Simples), Exames de Neurofisiologia (Eletroneuromiografias e Potenciais Evocados), Endoscopias Digestivas Alta e Baixa (Esofagogastrodenoscopia, Colonoscopia, Retossigmoidoscopia), Endoscopias Respiratórias (Broncoscopias, Laringoscopias, Traqueoscopias), Endoscopias Urológicas (Cistoscopias, uretroscopias, Ureteroscopias), Holter, Mamografia, Provas de Função Respiratória, Perfil Biofísico Fetal, Teste Ergométrico, Tococardiografias e Ultrassonografia. b) Procedimentos terapêuticos, realizados em regime ambulatorial de: Biópsias em nível ambulatorial, Fisioterapia e Reabilitação Física, Infiltrações e Punções Articulares, Massagem Prostática, Procedimentos ambulatoriais porte zero em Dermatologia, Procedimentos terapêuticos ambulatoriais não cirúrgicos em Ginecologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia e Traumatologia.	90 dias
4	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Exames Especiais de: Ecocardiograma Simples e com Doppler, Exames em Angiologia com Doppler, Fluxometria e Investigação Vascular Ultra-sônica. Exames Especiais em Oftalmologia (Retinografias Fluoresceinografia, Potencial Evocado, Biometria e Paquimetria Ultra-sônica, Topografia Corenana, Microscopia Especular de Córnea, Betaterapia para Pterígio), Exames especiais em Otorrinolaringologia (Testes Vestibulares, Otoneurológico, Audiometria com Mensagem Competitiva, Audiometria Cortical, Eletrococleografia, Eletroneurografia, Pesquisa de Potenciais Auditivos de Tronco Cerebral, Registro de Nistagmo Pendular, Teste de Glicerol) Monitorização de Pressão Arterial Ambularial - MAPA, Provas Urodinâmicas.	150 dias
5	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Internações Clínicas em Pediatria, Clínica Geral e Especializada.	180 dias
6	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Internações cirúrgicas, eletivas ou de urgência/emergência nas especialidades de: Cirurgia do Aparelho Digestivo/Orgãos Anexos/Parede Abdominal e Proctologia, Cirurgia Ginecológica e Obstetrica (exceto Parto), Cirurgia Otorrinolaringológica, Cirurgia Oftalmológica, Cirúrgica Infantil.	180 dias
7	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Exames de: Angiografia, Arteriografias, Artroscopias, Genética Médica, Densimetria Óssea, Exames Cardiovasculares em Medicina Nuclear Diagnóstica e Imunocintilografia, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear, Radiosótopos e Cintilografias, Mielografias, Neuroradiologia, Radiologia Intervencionista, Radiologia Especial, Radiologia Digital, Tomografia Computadorizada e Xerorradiografias.	180 dias
8	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Internações cirúrgicas, eletivas ou de urgência/emergência, nas especialidades de: Angiologia e Cirurgia Vascular, Cirurgia Endocrinológica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Ortopédica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço.	180 dias
9	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Procedimentos de: Hemodinâmica Coronariografias, Cinecoronariografias e Angioplastias. b) Procedimentos de: Radioterapia, Quimioterapia, Diálise e Hemodiálise, Acupuntura. c) Consultas/Sessões de Psicoterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição.	180 dias
10	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Internações Cirúrgicas, Eletivas ou de Urgência/Emergência em Oncologia, Cirurgia Cardíaca, Neurocirurgia, Cirurgia para Obesidade Mórbida e Cirurgia para Mioopia e Astigmatismo.	180 dias
11	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Internações Clínicas em casos de Doenças Infecto-Contagiosas, incluindo AIDS e suas consequências.	180 dias

12	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Procedimentos e internações, clínicas ou cirúrgicas, relacionadas a transplantes (rim e córnea, além dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e outros, cuja cobertura venha a ser prevista no Referido Rol) ou implantes e suas consequências, tratamento cirúrgico das epilepsias, tratamento pré-natal das hidrocefalias e cistos cerebrais. b) Cirurgias esterilizantes (Vasectomia e laqueadura tubária), colocação de DIU.	180 dias
13	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Internações e tratamento ambulatoriais em casos de Psiquiatria e Dependência Química, assim como tratamento psicoterápico de crise em Psiquiatria.	180 dias
14	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à Beneficiária, titular ou dependente, adquire o direito à: a) Cobertura de Partos a Termo	300 dias

Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência a saúde.

10. Devo solicitar e informar expressamente à Administradora toda e qualquer alteração cadastral, tal como a eventual perda de elegibilidade e o cancelamento da adesão.

11. Poderei, assim como meu(s) beneficiário(s) dependente(s), utilizar as coberturas por meio dos prestadores próprios ou credenciados da Operadora, respeitadas as condições contratuais e a disponibilidade dos planos, conforme definidas com a Entidade. Estou ciente de que poderei utilizar o sistema de reembolso parcial de despesas exclusivamente em casos de urgência ou emergência comprovada e conforme estipulado no Contrato Coletivo por Adesão.

12. As coberturas excluídas são aquelas que não se incluem no «Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde» da ANS, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº 9.656/98 e nas normas regulamentares da ANS.

13. Doença ou lesão preexistente é aquela da qual eu ou meu(s) proponente(s) saiba(mos) ser portador(es) nesta data, seja por diagnóstico feito ou conhecido, devendo declará-la na «Declaração de Saúde» que acompanha esta Proposta. Havendo na «Declaração de Saúde» a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência individual, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionado(s) à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s). Caso haja necessidade, a entrevista qualificada será solicitada pela operadora.

14. A data de vencimento do pagamento do valor mensal, bem como sua forma, serão aquelas indicadas na Proposta de Adesão, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal e acréscimo e mora de 1% ao mês (0,033 ao dia) sobre o valor do débito em atraso.

No período de inadimplência, poderá ocorrer a suspensão automática das coberturas, cuja utilização somente será restabelecida em até 72 horas, a partir da quitação do (s) valor (es) pendentes (s) e devida compensação bancária, acrescido (s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto no item 20 desta Proposta.

15. Assim que eu assumir a condição de beneficiário titular, ficam outorgados à administradora amplos poderes para me representar, assim como o(s) meu(s) beneficiário(s) dependente(s), perante a operadora e/ou a outros órgãos, em especial a ANS, no cumprimento e/ou nas alterações destas coberturas, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.

16. Reajuste (Conforme Cláusula 12 do Contrato Coletivo por Adesão), independentemente da data da minha proposta, o valor mensal poderá sofrer reajustes legais e contratuais na data de Aniversário do Contrato entre Entidade, Administradora e a Operadora a ocorrer sempre no mês JULHO de cada ano, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações: a) reajuste financeiro; b) por índice de sinistralidade; c) por mudança de faixa etária; d) em outras hipóteses, desde que em conformidade com as normas e legislação em vigor.

17. Reajuste por Mudança de faixa etária (Cláusula 12.2 do Contrato Coletivo por Adesão), a variação do preço em razão da faixa etária somente incidirá quando o Beneficiário completar a idade limite, o reajuste somente será aplicado no mês subsequente, de acordo com os valores então vigentes, conforme faixas etárias e percentuais a saber: 00 a 18 anos: 0,00%, 19 a 23 anos: 25,01%, 24 a 28 anos: 15,00%, 29 a 33 anos: 10,00%, 34 a 38 anos: 10,00%, 39 a 43 anos: 15,00%, 44 a 48 anos: 30,00%, 49 a 53 anos: 25,00%, 54 a 58 anos: 20,00% e 59 anos ou +: 53,00%.

18. Os contratos coletivos firmados entre a Administradora e as Operadoras, contratos que passarei a integrar, vigorarão pelo prazo mínimo de 12 (doze) meses, podendo ser renovados, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, de qualquer das partes, seja pela administradora ou pelas operadoras. Em caso de rescisão desses contratos coletivos, a Administradora me fará a comunicação desse fato, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

19. A perda da qualidade de Beneficiário dar-se-á em um dos seguintes casos: - Titular a) rescisão deste Contrato; b) cessação do vínculo entre o Beneficiário Titular e a Contratante; c) constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente; d) solicitação expressa do Beneficiário Titular à Contratante, mediante aviso-prévio de 30 (trinta) dias, ou qualquer outra condição de perda da condição de elegibilidade prevista neste contrato; e) exclusão do Beneficiário Titular do Contrato; f) constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Dependente, apurada de acordo com a legislação vigente; g) falecimento do titular.

20. Os benefícios poderão ser cancelados: a) por minha solicitação expressa, como beneficiário titular, à Administradora; b) automaticamente, por falta de pagamento de 1 (um) valor mensal por prazo superior a 30 (trinta) dias, com a minha consequente exclusão e a de meu(s) beneficiário(s) dependente(s), ressalta-se que o referido cancelamento não o exime do pagamento de débitos das mensalidades não quitadas, inclusive quanto ao registro no cadastro de proteção ao crédito - SPC e SERASA; c) pela perda da minha elegibilidade na Entidade; d) outros casos de cancelamentos previstos na regulamentação.

21. No caso de cancelamento devolvarei imediatamente à administradora o meu cartão de identificação e do(s) meu(s) beneficiário(s) dependente(s), assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida das coberturas, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu conhecimento.

22. O BENEFICIÁRIO afirma ter ciência que também será excluído do plano de saúde em casos de fraude, declaração de informações falsas, incompletas ou omissões, como também na hipótese de utilização indevida do cartão de identificação, ou seja, se vier a autorizar terceiros a utilizar do seu cartão de identificação para realização de quaisquer procedimentos, sem prejuízo da ESTIPULANTE e da CONTRATADA, adotarem as medidas judiciais cabíveis para se ressarcir dos danos sofridos.

23. Fica estabelecido que serão suspensos os serviços prestados aos Beneficiários da CONTRATANTE, caso haja atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento das mensalidades, ressalvados os atendimentos àqueles que estejam internados antes da suspensão.

24. A responsabilidade pela coberturas contratuais é da GREEN LINE SISTEMA DE SAÚDE LTDA., operadora especializada em saúde, localizada na Rua João Ramalho, 1395 - Bairro Perdizes, Município de São Paulo, Estado de São Paulo - Inscrição no CNPJ/MF sob nº 62.550.256/0001-20 - e na ANS sob o nº 32.507-4.

25. Devo encaminhar prontamente à administradora e/ou à operadora, quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas.

26. Poderei desistir desta proposta, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à administradora no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de minha assinatura neste instrumento, autorizando a cobrança do custo de implantação e do valor mensal, caso esse prazo não seja observado.

27. O beneficiário titular deverá preencher declaração de saúde, no momento da adesão contratual, ou da inclusão posterior de dependente, informando o conhecimento de DLP, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à exclusão do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9656, de 1998.

28. As transferências de plano somente serão aceitas após ter sido completado um ano de vigência do contrato, por ocasião de sua renovação, e, posteriormente, a cada 12 (doze) meses, durante o mês de aniversário do contrato, desde que, em qualquer hipótese, a Contratante e o Beneficiário estejam em dia com suas obrigações contratuais e ciente de que:

a) Nos casos em que o beneficiário esteja em cumprimento de prazos carências, os prazos restantes deverão ser cumpridos na vigência contratual do Plano para o qual tenha ocorrido a transferência. Nos casos em que o beneficiário, titular ou dependente, esteja em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT, o prazo restante deverá ser cumprido na vigência contratual do Plano para o qual tenha ocorrido a transferência.

b) Nos casos em que, no Plano para o qual tenha ocorrido a transferência, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do Plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, deverão ser cumpridos períodos de carências, limitados a 180 (cento e oitenta) dias, para a aquisição do direito de utilização da parcela adicional de cobertura representada por esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, limitados a 180 (cento e oitenta) dias.

29. Verifique as Exclusões de Cobertura na Cláusula 5, no Contrato Coletivo por Adesão.

30. A Segunda via do boleto bancário e a cópia do Contrato Coletivo por Adesão poderá ser emitida no site, através do endereço www.corporeadministradora.com.br.

Em caso de dúvidas, favor entrar em contato com o nosso SAC **0800 771 4799** em horário comercial.

31. O Foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente proposta é do meu domicílio.