



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



A Administradora poderá realizar comunicação sobre seu Plano de Saúde através de Torpedo SMS, E-mails, Aviso de Cobrança, ou qualquer outro meio legal existente. Para tanto, é imprescindível o preenchimento de todos os campos, principalmente os dados de contato, tais como: e-mail e números de telefones, para evitarmos divergências futuras.

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

1. IDENTIFICAÇÃO ENTIDADE

--

2. PROPONENTE TITULAR

Nome Completo:										Valor R\$
Nome do Responsável (Quando Titular for menor)								CPF do Responsável		
Data de Nasc.	Idade	Sexo	E C	CPF	PIS/PASEP	Cartão Nacional de Saúde				
Nome Completo da Mãe:					Nome Completo do Pai:					
CEP	Rua / Av.	<input type="checkbox"/> Residencial	<input type="checkbox"/> Comercial							
Nº	Bairro	Cidade			UF					
CEP	Rua / Av.	<input type="checkbox"/> Endereço de Cobrança								
Nº	Bairro	Cidade			UF					
Telefone Residencial		Telefone Celular		Telefone Comercial		Telefone Recado				
E-mail							Operadora Anterior			

3. DEPENDENTE(S)

1	Nome Completo:										Valor R\$
	Data de Nascimento	Idade	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*			Cartão Nacional de Saúde			
	E C	G P	Nome da Mãe Completo								
2	Nome Completo:										Valor R\$
	Data de Nascimento	Idade	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*			Cartão Nacional de Saúde			
	E C	G P	Nome da Mãe Completo								
3	Nome Completo:										Valor R\$
	Data de Nascimento	Idade	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*			Cartão Nacional de Saúde			
	E C	G P	Nome da Mãe Completo								
4	Nome Completo:										Valor R\$
	Data de Nascimento	Idade	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*			Cartão Nacional de Saúde			
	E C	G P	Nome da Mãe Completo								

Legenda: EC - Estado Civil | S - Solteiro | C - Casado | D - Divorciado | V - Viúvo | GP - Grau Parentesco: 1- Cônjuge | 2- Companheiro | 3- Filho

ACEITAÇÃO VIGÊNCIA	Data da assinatura da proposta	Data da vigência e início da cobertura	Data de vencimento das faturas mensais
	26 a 10 11 a 25	Dia 01 do mês subsequente Dia 15 do mês subsequente	Dia 01 Dia 15

VENDEDOR(A): Nome: _____	CPF _____
E-mail do Vendedor(a): _____	Tel. Celular _____
Nome da Corretora _____	Cód. Corretora _____

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

* Exclusivo para nascidos à partir de 01/10/2010.

1. Via Administradora - 2. Via Cliente

Pág. 01/15



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

4. CONTRATAÇÃO DE PLANO

Atenção: Verifique a disponibilidade do plano de saúde pretendido conforme a entidade indicada. Todos os dependentes serão cadastrados na mesma categoria de plano do proponente titular.

Assinale abaixo o plano pretendido	Planos	Código ANS	Segmentação Assistencial	Padrão de Acomodação em Internação
<input type="checkbox"/>	GREEN CA SELECT 12	475.284/16-8	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Quarto Coletivo (Enfermagem)
<input type="checkbox"/>	GREEN CA SELECT 33	475.799/16-8		Quarto Privado (Apartamento)
<input type="checkbox"/>	GREEN CA 52	475.282/16-1		Quarto Coletivo (Enfermagem)
<input type="checkbox"/>	GREEN CA 211	476.481/16-1		Quarto Privado (Apartamento)

5. RECIBO DE PAGAMENTO INICIAL

ATENÇÃO: O valor indicado ao lado sofrerá alteração caso haja reajuste anual do contrato coletivo de plano de saúde ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta proposta e a sua 1ª (primeira) cobrança, observado o disposto no item 16 da página 12.

Valor total em R\$

6. CUSTO IMPLANTAÇÃO

O custo de implantação quando devido, é obrigatório e equivalente a 100% (cem por cento) do valor total da primeira mensalidade e deve ser quitado no ato da presente adesão. **ATENÇÃO:** Embora corresponda ao valor total da primeira parcela, o custo de implantação não exclui, substitui ou isenta o pagamento da primeira mensalidade, na data de início da vigência do benefício.

7. DECLARAÇÃO

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para a aceitação desta proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) na página 1.

8. PLANO REFERÊNCIA

Em complemento a esta Proposta de Adesão, declaro para todos os fins e efeitos que a Green Line Sistema de Saúde S/A, operadora de plano de assistência à saúde, devidamente registrada na ANS (Agência Nacional de Saúde) sob o nº 32.507-4, situada na Rua João Ramalho, 1.395, no município de São Paulo, em atendimento ao artigo 12, parágrafo 2º da Lei nº 9.656/98, ofertou-me o Plano de Segmentação Referência denominado Plano Green CA Ref. 01, registro ANS nº 469.415/13-5, esclarecendo a diferença com produtos de outra segmentação e de livre e espontânea vontade optei pelo plano denominado _____ de segmentação: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

Por verdade, fazendo uso de minhas próprias razões, assino a presente declaração, a qual me foi apresentada em duas vias impressas, de igual teor e forma.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

9. DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE POSSE

Declaro que, ao preencher e assinar esta proposta de adesão, recebi via original do respectivo contrato (do qual a mesma faz parte integrante), cujos dispositivos estão devidamente cadastrados na ANS, tendo esse instrumento sido integralmente lido, entendido e aceito por mim, sem quaisquer restrições ao seu conteúdo, Guia de Leitura Contratual e Manual de Orientação ao Beneficiário.

Declaro que estou ciente de que a vigência contratual do presente contrato passa a vigorar conforme data de vigência estipulada na folha 1 da Proposta de Adesão parte integrante deste contrato.

10. DECLARAÇÃO DO PROPONENTE TITULAR (POR SI E POR SEUS DEPENDENTES)

1- Declaro, para os devidos fins e efeitos, que estou ciente e de acordo com todas as condições contratuais, inclusive quanto aos prazos de carências, não tendo quaisquer dúvidas com relação à sua aplicação.

2- Declaro, para todos os fins e efeitos, que tenho pleno conhecimento de que a eventual redução de prazos de carências, concedida pela operadora, não alterará as demais condições contratuais, principalmente aquelas relativas às limitações de cobertura e exclusões.

3- Declaro, para todos os fins, em meu nome e de meus dependentes, que estou ciente de que a cobertura para o tratamento e Lesões Preexistentes, inclusive as congênitas, por mim relatadas na Declaração de Saúde com ou sem Entrevista Médica Qualificada ou constatada posteriormente, observado o prazo de 24 meses da data de adesão, estará sempre sujeita a Cláusula de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

4- Declaro, ainda, que estou ciente de que se no prazo de 24 (vinte e quatro meses) a contar desta data, ficar comprovado que as informações por mim prestadas, nesta proposta ou na declaração de saúde, não forem verdadeiras e completas, contendo omissão de circunstâncias que possam ter influenciado nas condições de aceitação desta proposta ou no cálculo da mensalidade, ficará caracterizado comportamento fraudulento.

5- Declaro, por fim, que estou ciente de que o plano de assistência à saúde objeto deste contrato, independentemente de sua denominação e de seu nível de cobertura, é o somatório do plano ambulatorial mais o plano hospitalar com obstetrícia.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado (a) beneficiário (a)

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde tem como missão defender o interesse público e vem por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problemas de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO

A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.

No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, endoscopia, etc.*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

Não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistentes declarada, desde que cumpridos os prazos de carência estabelecidos no contrato.

Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doenças ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO!

Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO É CARÊNCIA! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

BENEFICIÁRIO

Local _____ / _____ / _____

Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

Local _____ / _____ / _____

Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

ATENÇÃO:

Perguntas a serem respondidas Sim (S) ou Não (N), de próprio punho pelo beneficiário titular, em seu nome e de seus dependentes.

Beneficiário Titular:		CPF nº				
Médico Orientador:		CRM nº				
Item	Perguntas	Titular	Dependentes			
			1	2	3	4
1	Doenças do coração (infarto, insuficiência cardíaca, angina, arritmias, cardiopatia congênita, doença valvar, entre outras).					
2	Problemas circulatórios (pressão alta, varizes, trombose, aneurisma e outros).					
3	Doenças neurológicas (derrames, aneurisma, convulsões, epilepsia, esclerose múltipla, entre outras).					
4	Problemas de rins (litíase renal - pedras, insuficiência renal, cólicas renais, nefrites, nefrose e outros).					
5	Doenças do pulmão (asma, bronquite, doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC, enfisema e outras).					
6	Doenças dos ossos (osteoporose, fraturas, raquitismo, entre outras).					
7	Doenças psiquiátricas (esquizofrenia, depressão, ansiedade, alcoolismo, dependência química - drogas, distúrbio bipolar e outras).					
8	Doenças das glândulas (Hipo/Hipertireoidismo, diabetes, outros problemas hormonais, obesidade, entre outras).					
9	Doenças do aparelho digestivo (úlcera, gastrite, icterícia, colecistite, pedras na vesícula, cirrose, pancreatite, diarreia crônica, hemorroidas, hemorragia digestiva, hepatite, fibrose cística do pâncreas, colite, diverticulite e outras).					
10	Problemas de hérnias de qualquer tipo (umbilical, diafragmática, inguinal, incisional, escrotal, recidivante e outros).					
11	Doenças de sangue (anemia, leucemia, púrpura, linfoma, talassemias e outras).					
12	Doenças reumatológicas (artrite, artrose, febre reumática, reumatismo, lupus, entre outras).					
13	Problemas de ouvido, nariz e garganta (amigdalite, sinusite, desvio de septo, otite, adenóide, ronco, surdez e outros).					
14	Doença de coluna (escoliose, cifose, lombalgia, hérnia de disco e outras).					
15	Doença de mamas (nódulos/caroços no seio, hipertrofia mamária/ginecomastia e outras).					
16	Doenças ginecológicas (cisto de ovário, miomas, endometriose, sangramentos persistentes, problemas de períneo, incontinência urinária - perda de urina aos esforços, entre outras).					
17	Doenças urológicas (fimose, testículos fora da bolsa, tumor ou adenoma de próstata, doença de peyronie, hidrocele, e outras).					
18	Doenças nos olhos (catarata, glaucoma, deslocamento de retina, pterígeo, cegueira, miopia, astigmatismo, presbiopia, entre outras).					
19	Sofre de algum câncer ou tumor?					
20	Doenças infectocontagiosas (chagas, malária, aids, hepatite, tuberculose, esquistossomose, HPV, sífilis, hanseníase, febre amarela e outras).					
21	Sofre de má formação congênita, deformidade ou anomalia cromossômica?					
22	Sofre de lesão provocada por causa externa ou dermatológica (cicatrizes, quelóide, queimadura, trauma, hemangiona, tumor de pele, ou outras).					
23	Tem alguma outra doença ou lesão não descrita acima?					



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

Informe	Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4
Peso					
Altura					

DECLARAÇÃO DE SAÚDE (Continuação)

Se a resposta de algum item foi positiva (»SIM«), informar o motivo, indicando o item (número), o beneficiário (titular ou dependente), a data do evento (mês/ano) e esclarecer cada situação de forma individual.

Item	Cód. Titular Dependente	Data do Evento	Esclarecimentos

ANEXO DA PROPOSTA DE ADESÃO - DECLARAÇÃO DE SAÚDE

- Antes de preencher esta Declaração de Saúde, o beneficiário deve ler atentamente a Carta de Orientação ao Beneficiário, que deverá datar e assinar.
 - A proposta de Adesão será analisada desde que o Beneficiário Titular assine a Carta de Orientação ao Beneficiário.
- No preenchimento da declaração de saúde, o beneficiário titular poderá optar por:
 - Ser orientado, sem ônus financeiro, por médico indicado pela Operadora;
 - Ser orientado por um médico de sua livre escolha, caso em que as despesas com honorários serão de sua exclusiva responsabilidade.
 - Dispensar a presença do médico orientador.
- Sendo constatada, por perícia ou na entrevista qualificada ou através da declaração do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a operadora oferecerá, obrigatoriamente, CPT, considerando-se:
 - Cobertura Parcial Temporária(CPT) - Como aquele que admite, por período de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade(PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o beneficiário titular seja conhecedor no momento do preenchimento desta declaração de saúde caracterizará comportamento fraudulento, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão da cobertura unilateral do Contrato.
 - Se, no prazo de até 24(vinte e quatro) meses, for constatada a omissão referida no item 4., a operadora, de imediato, notificará o beneficiário titular dessa constatação, através do **Termo de Comunicação ao Beneficiário**, podendo oferecer, obrigatoriamente, CPT pelos meses restantes.
 - Caso o beneficiário titular não aceite a CPT, a operadora solicitará abertura de processo administrativo junto à ANS.
 - Até decisão da ANS, a operadora não poderá suspender o contrato nem o atendimento, contudo, havendo a ANS acatado as argumentações da operadora, a fraude (omissão de informação) estará comprovada, o que acarretará em rescisão unilateral do contrato e em responsabilidade do beneficiário titular pelo ressarcimento à operadora de todas as despesas realizadas com o tratamento da(s) doença(s) e/ou da(s) lesão(ões) omitida(s), desde a data que tenha recebido o Termo de Comunicação ao **Beneficiário**.

Opção 1: (Não assinar esta opção caso tenha assinado na opção nº 2)

Declaro que abri mão do profissional que me foi oferecido para orientação no preenchimento desta Declaração de Saúde, bem como que estou ciente de que a comprovação, no prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, da omissão de fatos ou circunstâncias, que possam ter influído na efetivação da proposta de adesão, caracterizará comportamento fraudulento.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

Opção 2: (Não assinar esta opção caso tenha assinado na opção nº 1)

Declaro que fui orientado(a) no preenchimento desta Declaração de Saúde por:

() Médico credenciado pela operadora () Médico particular

Estando ciente que, no caso de opção por médico particular, as despesas decorrentes são de minha exclusiva responsabilidade.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

MÉDICO ORIENTADOR

() Credenciado pela operadora () Particular

Declaro que prestei as orientações necessárias para o beneficiário preencher, de próprio punho, esta Declaração.

Assinatura do médico sob carimbo (com nome, CRM)

USO EXCLUSIVO DA OPERADORA

Especificação técnica das doenças e lesões preexistentes declaradas

Beneficiário	Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4
Cobertura Parcial Temporária (código)					
IMC					

Observações:

Responsável: _____ Código: _____ Assinatura: _____



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

DECLARAÇÃO DE COBERTURA PARCIAL PARA DOENÇAS/LESÕES PREEXISTENTES

Pela presente declaração e, em conformidade com a legislação vigente (Lei 9656/98) e Resolução Normativa nº 162 e 211, em razão das informações sobre a doença e/ou lesões preexistentes declaradas pelo Beneficiário Titular, ou pelo Representante Legal, na DECLARAÇÃO DE SAÚDE, do Contrato acima enumerado, ou em caso de apuração de doença e/ou lesões preexistentes em avaliação médica ou perícia dica acordado, entre as partes, a adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária, nas seguintes condições:

1. Haverá um prazo de cobertura parcial temporária de 24 (vinte e quatro) meses a partir da vigência do contrato principal, durante o qual, as doenças e lesões preexistentes e suas consequências, do titular para si e para seus dependentes, individualmente, não terão cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos e exames de alta complexidade e internações em unidades de tratamento intensivo (leitos de alta tecnologia) assim definidos pela ANS, de acordo com o estabelecimento no ROL de Procedimentos para uso de alta complexidade. As internações e procedimentos não incluídos nas condições acima descritas terão sua liberação dentro dos prazos normais de carência estabelecidas na cláusulas de acordo com as eventuais reduções de carência praticadas e estabelecidas em Aditivo de Redução de Carências

DECLARAÇÃO DE COBERTURA PARCIAL PARA DOENÇA/LESÕES PREEXISTENTES

ND*	Nome do Beneficiário	ND*	Esclarecimentos	CID

*ND: Número do dependente de acordo com ordem dom Contrato.

2. São considerados leitos de alta tecnologia os leitos de UTI / CTI / Unidades Especiais (Coronária, Queimados, Isolamento, Oncologia e Renais) e procedimentos/exames de alta complexidade aqueles relacionados no ROL de Procedimentos da ANS e relacionados no grupo de Contrato.

3. Eu _____
tenho ciência da veracidade das informações neste ato prestadas a esta operadora, sendo de minha inteira responsabilidade eventual omissão.

4. Por estarem ciente e concordarem com o período de cobertura parcial temporária declaradas ou apuradas em entrevista qualificada, ambas as partes assinam o presente instrumento.

Local e Data

Assinatura do Proponente Titular / Responsável

Assinatura do Médico sob carimbo

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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 CORPORE 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 e nos casos de empresas EPP (pequeno porte), microempreendedor individual (MEI), ou ainda, uma empresa normal, a depender do seu faturamento, a comprovação do exercício de atividade empresarial pelo período mínimo de 06 (seis) meses, 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 Vigência: _____

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 Nº 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 Obstétrica (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

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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%.

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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; não comprovação a cada ano, quando solicitado pela sua operadora, que permanece inscrito no órgão competente e que está em regular exercício da sua atividade empresarial perante a Receita Federal, com aviso de 60 dias de antecedência e neste prazo não comprove a regularidade do seu registro nos órgãos competentes; 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.



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

FOLHA RETIFICADORA

1. DADOS DO TITULAR

Nome Proponente Titular (sem abreviação)							
Data de Nascimento	Idade	Sexo	CPF	Estado Civil	Cédula de Identidade / RG (nº/UF)		
Nome Completo da Mãe (sem abreviação)							
Telefone Residencial ()		Telefone para recados ()		Telefone Celular ()		Taxa Mensal (R\$)	
E-mail							
Nº do Cartão Nacional de Saúde				Nº da Declaração de Nascido Vivo*			
Nome do Responsável (Representante legal)							
Endereço Residencial (Rua, Av, etc.)							
Número	Complemento	Número	Bairro	Município	Estado	CEP	

2. DEPENDENTE(S)

	Nome Completo:						Taxa Mensal
1	Data de Nascimento	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde		
	Nome da Mãe Completo					Est. Civil	Parentesco
2	Nome Completo:						Taxa Mensal
	Data de Nascimento	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde		
	Nome da Mãe Completo					Est. Civil	Parentesco
3	Nome Completo:						Taxa Mensal
	Data de Nascimento	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde		
	Nome da Mãe Completo					Est. Civil	Parentesco
4	Nome Completo:						Taxa Mensal
	Data de Nascimento	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde		

Códigos para indicação de Estado Civil (E C):
1- Solt. | 2- Cas. | 3- Sep. Jud. | 4- Divorc. | 5- Viúvo

Códigos para indicação de Grau de Parentesco (parente):
1- Cônj. | 2- Filho | 3- Pais | 4- Comp. | 5- Tut.

*Para nascidos a partir de 01/10/10

Taxa de inscrição (R\$)	Total da mensalidade (R\$) (Mensalidade do titular + dependentes)	Total da proposta (R\$)

Local e Data

Ass. do Proponente - Tit. Responsável



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

DECLARAÇÃO

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para aceitação desta proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão, e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) nas páginas 01/15 desta proposta, ao benefício.

Declaro receber, neste ato, a Carta de orientação ao Beneficiário e da Declaração de Saúde e cópia da Presente Proposta. Estou ciente que o(s) cartão(ões) de identificação(ões) do(s) beneficiário(s) e a lista de prestadores referenciados (disponíveis no site: www.greenlinesaude.com.br) são de responsabilidade da Operadora.

O Guia de Leitura Contratual, bem como o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, que reproduz condições contratuais da apólice coletiva, traz os esclarecimentos sobre os aspectos relativos à utilização e manutenção do benefício e os direitos e obrigações dos beneficiários, estão disponíveis no site da administradora: www.corporeadministradora.com.br. Os mesmos também poderão ser solicitados por meio físico ou eletrônico.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal



ANEXO I

MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE SAÚDE

Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões.

A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar.

Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermária. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998.

A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.

É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado.

Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

Anexo I



Operadora: Green Line Sistema de Saúde
CNPJ: 61.849.980\0001-96
Nº de registro na ANS: 32.507-4
Site: www.greenlinesaude.com.br
Tel.: 0800 776 7676

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado.

Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.	

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
		Coletivo por Adesão	
		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.	
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.		
REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.	Os planos coletivos não precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.	
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.		
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.	
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por não pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.	

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênera, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência neste

plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar.

O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/ órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor.

Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

ANEXO II
GUIA DE LEITURA CONTRATUAL

Anexo II



Operadora: Green Line Sistema de Saúde
CNPJ: 61.849.980\0001-96
Nº de registro na ANS: 32.507-4
Site: www.greenlinesaude.com.br
Tel.: 0800 776 7676

Guia de Leitura Contratual

		<i>Página do Contrato</i>
<i>CONTRATAÇÃO</i>	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	
<i>SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL</i>	Define a amplitude da cobertura assistencial do plano de saúde. A segmentação assistencial é categorizada em: referência, hospitalar com obstetrícia, hospitalar sem obstetrícia, ambulatorial, odontológica e suas combinações.	
<i>PADRÃO DE ACOMODAÇÃO</i>	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	
<i>ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO</i>	Área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. À exceção da nacional, é obrigatória a especificação nominal do(s) estado(s) ou município(s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal.	
<i>COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar pelo Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde, que constitui a referência básica para cobertura mínima obrigatória, e no contrato firmado com a operadora, conforme a segmentação assistencial do plano contratado. O beneficiário deve analisar detalhadamente as coberturas a que tem direito.	
<i>EXCLUSÕES DE COBERTURAS</i>	É o conjunto de procedimentos a que o beneficiário não tem direito, previsto na legislação de saúde suplementar, conforme a segmentação assistencial do plano contratado.	
<i>DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)</i>	Doenças e lesões preexistentes - DLP - são aquelas existentes antes da contratação do plano de saúde, e que o beneficiário ou seu responsável saiba ser portador.	

<i>CARÊNCIAS</i>	Carência é o período em que o beneficiário não tem direito a cobertura após a contratação do plano. Quando a operadora exigir cumprimento de carência, este período deve estar obrigatoriamente escrito, de forma clara, no contrato. Após cumprida a carência, o beneficiário terá acesso a todos os procedimentos previstos em seu contrato e na legislação, exceto eventual cobertura parcial temporária por DLP.
<i>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</i>	São os mecanismos financeiros (franquia e/ou co-participação), assistenciais (direcionamento e/ou perícia profissional) e/ou administrativos (autorização prévia) que a operadora utiliza para gerenciar a demanda e/ou utilização dos serviços de saúde.
<i>VIGÊNCIA</i>	Define o período em que vigorará o contrato.
<i>RESCISÃO/ SUSPENSÃO</i>	A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato.
<i>REAJUSTE</i>	O reajuste por variação de custos é o aumento anual de mensalidade do plano de saúde em razão de alteração nos custos, ocasionada por fatores tais como inflação, uso de novas tecnologias e nível de utilização dos serviços. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário.
<i>CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998)</i>	A existência da contribuição do empregado para o pagamento da mensalidade do plano de saúde, regular e não vinculada à co-participação em eventos, habilita ao direito de continuar vinculado por determinados períodos ao plano coletivo empresarial, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria, observadas as regras para oferecimento, opção e gozo, previstas na Lei e sua regulamentação.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes do contrato, o beneficiário deve contatar sua operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site www.ans.gov.br ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE GUIA NÃO SUBSTITUI A LEITURA INTEGRAL DO CONTRATO.

O Guia de Leitura Contratual é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040
Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656
www.ans.gov.br
ouvidoria@ans.gov.br

Prezado(a) Beneficiário(a)

A nossa missão é oferecer, sempre, o melhor atendimento a sua saúde e de sua família. Para isso, somos parceiros de algumas das empresas mais conceituadas e qualificadas do setor assistencial.

Use bem para usar sempre!

Sempre pensando em oferecer o melhor a você, a Corpore preparou um checklist para te ajudar a “usar bem para usar sempre”!



Assuntos referentes a Administradora Corpore

Sobre os pagamentos:

Os boletos somente serão emitidos pelos bancos:



dentro do vencimento. Após a data, a 2ª via, COM OS VALORES CORRIGIDOS, deverá ser atualizada junto ao banco emissor.

Caso não receba os boletos, sugerimos verificar:

- Tipo de conta bancária (DDA)
- Atualização de cadastro

Estamos à disposição para quaisquer informações.

 corporeadministradora.com.br

 Informe de rendimentos

 Inclusão de dependentes

 Emissão de carteirinhas (mesmo antes de receber a carteirinha no endereço cadastrado, você receberá a numeração, via e-mail, facilitando a utilização imediata dos serviços contratados conforme carências contratuais)

 Esclarecimentos sobre detalhes do seu contrato de adesão ao plano

 Data de vencimento dos boletos

 Informações sobre pagamento de mensalidades

 Tempo de carências

 Informações sobre rescisão do plano

 Dúvidas sobre reajustes

Lembre-se: O seu plano coletivo por adesão inicia a partir da data de vigência do contrato, localizado na primeira página do documento, caso esteja em branco, entre em contato e verifique também junto ao seu consultor

 0800 771 4799 ou 11 2124 1888.

Assuntos referentes a Operadora GreenLine



Agendamento de consultas e acompanhamento médico



Guias e autorizações de exames médicos



Rede credenciada



Marcação de consultas



 Rede Médica On-line

Para comodidade e agilidade consulte o guia médico com a sua rede credenciada no site da GreenLine www.greenlinesaude.com.br



Beneficiário da operadora de saúde GreenLine, acesse:

 www.greenlinesaude.com.br

 0800 776 7676