

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 coletivos por adesão, celebrados entre a **CORPORE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DA SAUDE LTDA, CNPJ 17.670.901/0001-93 e na ANS 41.896-0 (a “Administradora”)** e, doravante **“Operadora”**, a **UNIMED DE VOLTA REDONDA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 35.917.970/0001-30 e na ANS sob nº 36.458-4**, 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, substanciada 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 obstetrícia, cuja cobertura assistencial à saúde será prestada através de serviços próprios e credenciados, conforme relação constante no Guia médico.

4. Área Geográfica de Abrangência dos Planos de Saúde e Área de atuação:

É a especificação nominal do (s) estados (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 área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Unimed Flex Local: cobertura no município de Volta Redonda. Atendimento de Urgência e Emergência em todo o território nacional.

Unimed Flex Regional: cobertura nas cidades de Angra dos Reis, Barra do Piraí, Barra Mansa, Engenheiro Paulo de Frontin, Itaiaia, Mendes, Vassouras, Paraty, Pinheiral, Piraí, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro e Volta Redonda, e atendimento de Urgência e Emergência em todo o território nacional.

Unimed Flex Estadual: cobertura no Estado do Rio de Janeiro e também possui cobertura de Urgência e Emergência em todo o território nacional.

Unimed Flex Nacional: Cobertura em todo o território nacional.

5. O benefício terá início de sua utilização na data indicada no campo “Início de Vigência” da Proposta de Adesão.

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, 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 conjuge companheiro(a); filhos e /ou dependentes legalmente equiparados a filhos solteiros até 17 anos, 11 meses e 29 dias e até 24 anos incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias) no caso de filhos solteiros universitários; filhos e /ou dependentes equiparados a filhos inválidos, de qualquer idade devidamente comprovada a invalidez. Filho adotivo ou sob guarda provisória, com aproveitamento do período de carências já cumpridas pelo adotante, desde que efetiva em até 30 (trinta) dias após o deferimento da solução. 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).

9.0s 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 Capítulo VI do Contrato Coletivo por Adesão da Operadora, representada abaixo:

	COBERTURAS	Prazo Contratual
a	Acidente pessoal / Urgência / Emergência	24 horas
b	Consultas	30 dias
c	Exames e Procedimentos Básicos	30 dias
d	Fisioterapia	90 dias
e	Exames e Procedimentos Especiais	180 dias
f	Internações Clínicas e Cirúrgicas	180 dias
g	Parto	300 dias
h	Doenças ou Lesões Pré-Existentes	24 meses

10. Solicitação à Operadora e Administradora vinculadas ao seu plano de saúde toda e qualquer alteração, tal como a eventual perda de elegibilidade. Cancelamento deve ser imediato, obedecendo algumas regras: I - somente o titular do plano, ou responsável financeiro; II - solicitado à Operadora em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados, via atendimento telefônico disponibilizado para este serviço ou ainda por meio da página da Operadora na Internet.

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.

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 Capítulo XI 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 Administradora e a Operadora a ocorrer no mês de **ABRIL de cada ano**, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações:

- reajuste financeiro;
- reajuste técnico;
- por mudança de faixa etária;
- em outras hipóteses, desde que em conformidade com as normas e legislação em vigor.

17. Reajuste por Mudança de faixa etária (Capítulo XII 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:

Enfermaria: 00 a 18 anos: 0,00% , 19 a 23 anos: 23,00% , 24 a 28 anos: 18,94%% , 29 a 33 anos: 7,26% , 34 a 38 anos: 3,69% , 39 a 43 anos: 16,29% , 44 a 48 anos: 29,47% , 49 a 53 anos: 31,37% , 54 a 58 anos: 37,65% e 59 anos ou +: 35,43%.

Apartamento: 00 a 18 anos: 0,00% , 19 a 23 anos: 22,99% , 24 a 28 anos: 18,92%% , 29 a 33 anos: 7,25% , 34 a 38 anos: 3,69% , 39 a 43 anos: 16,31% , 44 a 48 anos: 29,45% , 49 a 53 anos: 31,37% , 54 a 58 anos: 37,66% e 59 anos ou +: 35,43%.

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

- rescisão deste Contrato;
- cessação do vínculo entre o Beneficiário Titular e a Contratante; a não comprovação a cada ano quando solicitado pela sua operadora e/ou administradora de benefícios (através de e-mail, correspondência, ou qualquer outro meio legal existente), 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;
- constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente;
- solicitação à Operadora e Administradora vinculadas ao seu plano de saúde toda e qualquer alteração, tal como a eventual perda de elegibilidade. Cancelamento deve ser imediato, obedecendo algumas regras: I - somente o titular do plano, ou responsável financeiro; II - solicitado à Operadora em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados, via atendimento telefônico disponibilizado para este serviço ou ainda por meio da página da Operadora na Internet;
- exclusão do Beneficiário Titular do Contrato;
- constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente;
- falecimento do titular.

20. Os benefícios poderão ser cancelados:

- por minha solicitação expressa, como **beneficiário** titular, à **Administradora**;
- 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;
- pela perda da minha elegibilidade na Entidade;
- outros casos de cancelamentos previstos na regulamentação

21. No caso de cancelamento devolverei 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. A responsabilidade pela coberturas contratuais é da **UNIMED DE VOLTA REDONDA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, Operadora especializada em saúde, localizada na Rodovia dos Metalúrgicos, 2500 - Jardim Belvedere - Volta Redonda - RJ - Inscrita no CNPJ/MF sob nº 35.917.970/0001-30 - e na ANS sob o nº 36.458-4.

24. Devo encaminhar prontamente à **Administradora** e/ou à **Operadora**, quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprovatórios referentes a todas as informações ora declaradas.

25. 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.

26. 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.

27. As **transferências** de plano somente serão aceitas após devida análise da Operadora, 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 carenciais, 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 de novas coberturas 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.

28. 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.**

29. O Foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente **Proposta** é do meu domicílio.