

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)** ao contrato de plano de assistência à saúde coletivo por adesão, celebrado entre a **CORPORE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DA SAÚDE - EIRELI, CNPJ 17.670.901/0001-93, registro ANS nº 418960 (Administradora)** e a **BIOVIDA SAÚDE LTDA., CNPJ 04.299.138/0001-94, registro ANS nº 41511-1 (Operadora)**, e destinados a população elegível que mantenha vínculo regular e ativo com a <<Entidade>>, que é a Pessoa Jurídica indicada na **página 01/13 da Proposta de Adesão**.

2 - A aceitação de minha **Proposta** depende da comprovação de meu vínculo com a **Entidade**, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo estão sendo entregues, no ato da assinatura desta, para a conferência pela **Administradora**, em até 15 (quinze) dias contados a partir da emissão desta **Proposta**, podendo esta ser recusada em razão de falta de minha elegibilidade. Em caso de recusa desta proposta, a **Taxa de Implantação** me será devolvida pela **CORPORE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DA SAÚDE - EIRELI**.

3 - Sendo aprovada esta **Proposta**, os proponentes somente se utilizarão do serviço após o recebimento do cartão de identificação e orientador médico, que serão encaminhados via correio ao endereço informado na **Proposta de Adesão da Operadora**.

4 - A responsabilidade pelas coberturas contratuais de assistência à saúde é da **Operadora**.

5 - Poderão ser admitidos como dependentes do Titular: cônjuge ou companheiro(a) convivente em união estável, mediante comprovação na forma da Lei; filhos e/ou dependentes legalmente equiparados a filhos, inválidos, de qualquer idade. A inclusão deverá respeitar o prazo máximo de 30(trinta) dias após o nascimento, adoção, matrimônio ou do início de convívio em comum, para aproveitamento de carências do Titular, desde que apresentada a documentação pertinente e cumprimento ou não dos prazos de carências, conforme estabelecido no Contrato Coletivo por Adesão.

6 - Assim que eu assumir a condição de beneficiário titular, ficam outorgados à **Administradora** amplos poderes para me representar, assim como meu(s) beneficiário(s) dependente(s), perante a **Operadora** e/ou a outros órgãos, em especial a ANS, no cumprimento e/ou nas alterações das coberturas contratadas, bem como nos reajustes dos valores mensais.

7 - Sou o único responsável pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e quaisquer circunstâncias 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 de meu(s) dependente(s).

8 - A perda da qualidade de beneficiário dar-se-á em um dos seguintes casos: **Titular: a)** rescisão do Contrato Coletivo por Adesão entre a **Administradora** e a **Operadora**; **b)** cessação do vínculo entre o **Beneficiário** e a **Entidade**; **c)** constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente; **d)** solicitação expressa do Beneficiário Titular à **Administradora** ou à **Operadora (RN 412)**; **e)** falecimento. **Dependente: a)** casamento ou qualquer outra condição de perda de elegibilidade prevista neste contrato; **b)** constatação de fraude

praticada pelo Dependente, apurada de acordo com a legislação vigente; **c)** exclusão do Beneficiário Titular do Contrato; **d)** solicitação expressa do Beneficiário; **e)** falecimento.

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

10 - O Beneficiário Titular deverá preencher a Declaração de Saúde, no momento da adesão contratual, ou mesmo na inclusão posterior de dependentes, informando o conhecimento de Doenças e Lesões Pré-existentes 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.

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 Administradora.

12 - O contrato coletivo firmado entre a **Administradora** e a **Operadora**, contrato 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. Em caso de rescisão do contrato coletivo, a **Administradora** me fará a comunicação desse fato, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

13 - Serão cobertas as despesas efetuadas com serviços médico-hospitalares relacionadas no <<Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde>> e suas respectivas atualizações, instituídos pela ANS, no tratamento das doenças codificadas na versão 10 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde.

14 - As coberturas excluídas são aquelas que não se incluem no Rol de Procedimento e Eventos de Saúde da ANS, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei 9656/98 e nas normas regulamentares da ANS.

15 - Depende de autorização prévia pela Operadora a realização de: serviços auxiliares de diagnose; serviços auxiliares de terapia; serviços ambulatoriais; exames especiais; internações e remoções.

16 - As características relativas ao tipo de plano, o padrão de acomodação em internação e a abrangência geográfica estão definidas na página 02 desta **Proposta**.

17 – Reajuste, independente da data de minha **Proposta**, o valor mensal poderá sofrer reajustes legais contratuais **na data de Aniversário do Contrato entre a Entidade, Administradora e Operadora** a ocorrer sempre **no mês de JUNHO 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, que venha a ser autorizado pela ANS, em conformidade com as normas e legislação em vigor.

18 – Reajustes por mudança de Faixa Etária, ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos que importe em deslocamento para a faixa etária superior, o valor mensal correspondente ao(s) beneficiário(s) com alteração de faixa etária, sofrerá reajuste automaticamente, no mês subsequente ao do aniversário, conforme

percentuais definidos para as faixas etárias, apresentados no quadro abaixo:

FAIXA ETÁRIA	Plano UNISIS Enfermaria
De 00 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	33,60%
De 24 a 28 anos	0,00%
De 29 a 33 anos	22,50%
De 34 a 38 anos	5,70%
De 39 a 43 anos	9,90%
De 44 a 48 anos	30,40%
De 49 a 53 anos	22,60%
De 54 a 58 anos	20,10%
59 anos ou mais	64,30%

19 – Os prazos de carências são os períodos nos quais os proponentes não terão direito a determinadas coberturas. Haverá prazos de carências para utilização das coberturas conforme estipulado no Contrato Coletivo por Adesão da **Operadora** firmado com a **Administradora**, conforme quadro de carências apresentado abaixo. Para efeito de redução de carências devem-se observar as condições exigidas na **Proposta de Redução de Carências da Operadora**, observando as normas da legislação em vigor. E ainda, a aplicação de carências obedecerá ao disposto na Resolução Normativa da ANS 195/09 e atualizações posteriores.

Grupo de Carências	Coberturas	Prazos
1	Urgência e Emergências	24 horas
2	Consultas e Exames Básicos: Consultas eletivas em consultório. Exames complementares básicos, realizados em regime ambulatorial de análises clínicas em bioquímica, hematologia, Raio X sem contraste e eletrocardiograma.	30 dias
3	Exames especializados: Citologia oncótica (Papanicolau), Colposcopia e Vulvoscopia, Peniscopía, Mamografia, Ultrassonografias, Ultrassonografias Morfológico, Teste ergométrico, Holter, Ecocardiograma convencional, Densitometria Óssea, Eletroencefalograma, provas alérgicas, Endoscopia digestiva, Broncoscopia, Colonoscopia, Anuscopia, Retossigmoidoscopia, Prova de Função Pulmonar, Eletroneuromiografia, Raio X Contrastado ou panorâmico, Bera, Otoneurológico completo.	60 dias
4	Terapias e procedimentos ambulatoriais: Cirurgias ambulatoriais com anestesia local, Fisioterapia, RPG, Acupuntura, Fonoaudiologia, Psicologia e/ou Psicoterapia e Nutricionista.	60 dias

5	Exames Complexos: Exames de análises Clínicas complexos, Ultrassonografia com Doppler, Líquor, Litotripsia extracorpórea, Polissonografia, Mapeamento Cerebral, Histerosalpingografia, PAAF.	60 dias
6	Internações e procedimentos de Alta Complexidade: Internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos de Alta Complexidade <u>conforme definidos pelo ROL de procedimentos RN Nº428/2017 e suas atualizações</u> , como Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Angio- RM, Angiotomografia, OCT, Cintilografia, Angioplastia, Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, entre outros.	180 dias
7	Parto a Termo	300 dias
8	Doença(s) e Lesão(ões) Preexistente(s)	720 dias

20 - A data de vencimento do pagamento do valor mensal, bem como sua forma, serão aquelas indicadas na **Proposta**, sendo que a falta de pagamento na data de seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal e acrescido de juros de mora de 1% ao mês, (0,033% ao dia) sobre o valor do débito em atraso. No período de inadimplência, poderá ocorrer a suspensão do atendimento dos benefícios contratados, cuja utilização somente será reestabelecida em até 03 (três) dias úteis, a partir da quitação do(s) valor(res) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto no item 21 desta **Proposta**. Fica estabelecido que a suspensão dos atendimentos por inadimplência será de até 30 (trinta) dias, sendo que após este prazo ocorrerá a exclusão do beneficiário do plano, caso o débito não esteja quitado junto à Administradora.

21 - Os benefícios poderão ser cancelados: **a)** por minha solicitação expressa, como beneficiário titular, à **Administradora** ou à **Operadora**, observando o disposto no item 8 (oito) desta **Proposta**; **b)** pela perda da minha elegibilidade na Entidade; **c)** automaticamente, por falta de pagamento do valor mensal até o último dia da vigência referente, caracterizado por atraso com período superior a 30 (trinta) dias, mediante prévia notificação. No caso de cancelamento do benefício, haverá minha exclusão e a de meu(s) beneficiário(s) dependente(s), não isentando a cobrança do(s) valor(es) não pago(s), incluindo juros e multa, podendo este(s) débito(s) ser(em) encaminhado(s) aos Órgão de Proteção ao Crédito.

22 - 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 de coberturas, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu consentimento.

23 - Não haverá nenhuma continuidade destas cobertura nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9565/98, que cuidam da continuidade assistencial em casos de demissão e aposentadoria em contratos coletivos empresariais, hipóteses essas totalmente diversas das que se aplicam a esta **Proposta**.

24 - **Doenças ou Lesões Pré-existentes** são aquelas a qual eu e/ou meu(s) dependente(s) saiba(mos) ser portador(res) 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 Procedimento de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s). Caso haja necessidade de entrevista qualificada, esta será solicitada pela Operadora.

25 - Devo encaminhar prontamente à Administradora e/ou a 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 07 (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 - 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)** Nas transferências de plano não poderá haver exclusão de dependentes incluídos no Contrato.
- b)** Nos casos em que o beneficiário esteja em cumprimento de prazos de carências, os prazos restantes deverão ser cumpridos na vigência contratual do Plano para o qual tenha ocorrido a transferência.
- c)** Nos casos em que a transferência ocorrer para Plano com padrão superior, onde for garantido o acesso a profissionais e acomodações não constantes do Plano anterior, deverão ser cumpridos períodos de carências, limitados a 180 (cento e oitenta) dias, para aquisição do direito de utilização da parcela adicional das coberturas representadas pela transferência.

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 (11) 2124-1888 - São Paulo e Gde. São Paulo - horário comercial ou 0800 771 4799 - para demais regiões.