



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)

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

| | Data da assinatura da proposta | Data da vigência e início da cobertura | Data de vencimento das faturas mensais Corpore |
|---------------------------|--------------------------------|--|--|
| ACEITAÇÃO VIGÊNCIA | 01 a 10 | Dia 01 do mês subsequente | Dia 01 |
| | 11 a 20 | Dia 10 do mês subsequente | Dia 10 |
| | 21 a 30 | Dia 20 do mês subsequente | Dia 20 |

| | |
|---------------------------------|-----------------------|
| 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 Beneficiário

Pág. 01/15



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

4. CONTRATAÇÃO DO PLANO SEM COPARTICIPAÇÃO

OPÇÃO SEM COPARTICIPAÇÃO - ACOMODAÇÃO COLETIVA

| Assinale abaixo o plano pretendido | Nr. Registro ANS | Nome do Plano | Acomodação | Coparticipação | Segmentação Assistencial | Abrangência |
|------------------------------------|------------------|----------------------------|------------|----------------|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 477.826/17-0 | SMART 200 SP CA ENF | Coletiva | Não | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Municipal |
| <input type="checkbox"/> | 477.844/17-8 | SMART 200 ABC CA ENF | Coletiva | Não | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de Municípios |
| <input type="checkbox"/> | 480.081/18-8 | SMART 200 SP OESTE CA ENF | Coletiva | Não | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de municípios |
| <input type="checkbox"/> | 477.831/17-6 | SMART 200 GUARULHOS CA ENF | Coletiva | Não | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Municipal |
| <input type="checkbox"/> | 474.328/15-8 | SMART 200 JUNDIAI | Coletiva | Não | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de municípios |
| <input type="checkbox"/> | 474.361/15-0 | SMART 200 CAMPINAS | Coletiva | Não | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Municipal |
| <input type="checkbox"/> | 474.409/15-8 | SMART 200 SOROCABA | Coletiva | Não | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de municípios |
| <input type="checkbox"/> | 477.834/17-1 | SMART 200 UP CA ENF | Coletiva | Não | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de municípios |
| <input type="checkbox"/> | 474.468/15-3 | SMART 300 | Coletiva | Não | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de municípios |
| <input type="checkbox"/> | 474.454/15-3 | SMART 400 | Coletiva | Não | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de municípios |
| <input type="checkbox"/> | 474.453/15-5 | SMART 500 | Coletiva | Não | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de municípios |
| <input type="checkbox"/> | 474.441/15-1 | ADVANCE 600 | Coletiva | Não | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Nacional |
| <input type="checkbox"/> | 474.435/15-7 | ADVANCE 700 | Coletiva | Não | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Nacional |

OPÇÃO SEM COPARTICIPAÇÃO - ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL

| Assinale abaixo o plano pretendido | Nr. Registro ANS | Nome do Plano | Acomodação | Coparticipação | Segmentação Assistencial | Abrangência |
|------------------------------------|------------------|---------------|------------|----------------|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 474.465/15-9 | SMART 400 | Individual | Não | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de municípios |
| <input type="checkbox"/> | 474.452/15-7 | SMART 500 | Individual | Não | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de municípios |
| <input type="checkbox"/> | 474.440/15-3 | ADVANCE 600 | Individual | Não | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Nacional |
| <input type="checkbox"/> | 474.342/15-3 | ADVANCE 700 | Individual | Não | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Nacional |
| <input type="checkbox"/> | 474.425/15-0 | PREMIUM 900.1 | Individual | Não | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Nacional |

| Assinale abaixo o plano pretendido | Nr. Registro ANS | Nome do Plano | Acomodação | Coparticipação | Segmentação Assistencial | Abrangência |
|------------------------------------|------------------|---------------|------------|----------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | 408.050/99-5 | Basic | Coletivo | Não | Referência | Nacional |

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

5. CONTRATAÇÃO DO PLANO COM COPARTICIPAÇÃO

OPÇÃO COM COPARTICIPAÇÃO - ACOMODAÇÃO COLETIVA

| Assinale abaixo o plano pretendido | Nr. Registro ANS | Nome do Plano | Acomodação | Coparticipação | Segmentação Assistencial | Abrangência |
|------------------------------------|------------------|-------------------------------|------------|----------------|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 477.827/17-8 | SMART 200 SP CA CP ENF | Coletiva | Sim | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Municipal |
| <input type="checkbox"/> | 477.845/17-6 | SMART 200 ABC CA ENF | Coletiva | Sim | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de Municípios |
| <input type="checkbox"/> | 480.082/18-6 | SMART 200 SP OESTE CA CP ENF | Coletiva | Sim | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de municípios |
| <input type="checkbox"/> | 477.832/17-4 | SMART 200 GUARULHOS CA CP ENF | Coletiva | Sim | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Municipal |
| <input type="checkbox"/> | 474.403/15-9 | SMART 200 JUNDIAI | Coletiva | Sim | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de municípios |
| <input type="checkbox"/> | 474.408/15-0 | SMART 200 CAMPINAS | Coletiva | Sim | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Municipal |
| <input type="checkbox"/> | 474.329/15-6 | SMART 200 SOROCABA | Coletiva | Sim | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de municípios |
| <input type="checkbox"/> | 477.833/17-2 | SMART 200 UP CA CP ENF | Coletiva | Sim | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de municípios |
| <input type="checkbox"/> | 474.370/15-9 | SMART 300 | Coletiva | Sim | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de municípios |
| <input type="checkbox"/> | 474.464/15-1 | SMART 400 | Coletiva | Sim | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de municípios |
| <input type="checkbox"/> | 474.451/15-9 | SMART 500 | Coletiva | Sim | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de municípios |
| <input type="checkbox"/> | 474.337/15-7 | ADVANCE 600 | Coletiva | Sim | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Nacional |
| <input type="checkbox"/> | 474.343/15-1 | ADVANCE 700 | Coletiva | Sim | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Nacional |

OPÇÃO COM COPARTICIPAÇÃO - ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL

| Assinale abaixo o plano pretendido | Nr. Registro ANS | Nome do Plano | Acomodação | Coparticipação | Segmentação Assistencial | Abrangência |
|------------------------------------|------------------|---------------|------------|----------------|---|---------------------|
| <input type="checkbox"/> | 474.463/15-2 | SMART 400 | Individual | Sim | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de municípios |
| <input type="checkbox"/> | 474.450/15-1 | SMART 500 | Individual | Sim | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Grupo de municípios |
| <input type="checkbox"/> | 474.336/15-9 | ADVANCE 600 | Individual | Sim | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Nacional |
| <input type="checkbox"/> | 474.434/15-9 | ADVANCE 700 | Individual | Sim | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Nacional |
| <input type="checkbox"/> | 474.353/15-9 | PREMIUM 900.1 | Individual | Sim | Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia | Nacional |

6. PLANO ODONTOLÓGICO

PREMIUM PLUS F CA (N. REG. 464.413/11-1) Abrangência geográfica: Nacional - Plano com franquia. O plano odontológico Premium Plus F CA está incluído na contratação do plano de assistência médica.

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

7. PLANO REFERÊNCIA DISPONÍVEL OFERECIDO: PLANO REFERÊNCIA BASIC Nº 408.050/99-5

 Declaro ter recusado a oferta do plano referência

Pela presente declaro que tenho conhecimento do Plano Referência acima explicitado, que me foi oferecido pela NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A., C.N.P.J Nº 44.649.812/0001-38, com registro na ANS sob nº 359017, de acordo com a Lei nº 9.656/98, artigo 12, parágrafo 2º, que institui sua disponibilidade pela Operadora, e que após os esclarecimentos sobre o referido plano, optei pela contratação do(s) plano(s), mencionado(s) nas páginas 2 e 3 desta proposta.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

8. ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

| Planos | Área de Atuação |
|-------------------------|--|
| Smart 200 SP Capital | São Paulo |
| Smart 200 SP Oeste | Barueri, Carapicuíba, Cotia, Itapevi, Jandira, Embu das Artes, Osasco e Taboão da Serra |
| Smart 200 Guarulhos | Guarulhos |
| Smart 200 ABC + Baixada | Cubatão, Diadema, Guarujá, Mauá, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano, Santos, São Vicente e Ribeirão Pires |
| Smart 200 Campinas | Campinas |
| Smart 200 Jundiaí | Cajamar, Campo Limpo Paulista, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Várzea Paulista e Vinhedo |
| Smart 200 Sorocaba | Sorocaba, Itu e Votorantim |
| Smart 200 Up | São Paulo, Barueri, Carapicuíba, Cotia, Itapevi, Jandira, Embu das Artes, Osasco, Taboão da Serra, Guarulhos, Cubatão, Diadema, Guarujá, Mauá, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano, Santos, São Vicente, Ribeirão Pires, Campinas, Cajamar, Campo Limpo Paulista, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Várzea Paulista, Vinhedo, Sorocaba, Itu e Votorantim |
| Smart 300 | Todas as cidades dos Smart 200 SÃO PAULO, REGIÃO METROPOLITANA, BAIXADA E ABC: Arujá, Cotia, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Itapeverica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Mairiporã, Mogi das Cruzes, Poá, Rio Grande da Serra, Santana de Parnaíba, Suzano, Vargem Grande Paulista, Bertioga, Itanhaém, Mongaguá, Praia Grande. SÃO PAULO INTERIOR: Cabreúva, Hortolândia, Itatiba, Paulínia, Salto de Pirapora, Sumaré, Valinhos. RIO DE JANEIRO E GRANDE RIO: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti |
| Smart 400 | Todas as cidades do Smart 200 , Smart 300 e mais BAIXADA: Peruíbe SÃO PAULO INTERIOR: Aracoíaba da Serra, Atibaia, Boituva, Bragança Paulista, Ibiuna, Itapira, Jaguariuna, Monte Mor, Porto Feliz, Salto, São Roque |
| Smart 500 | Todas as cidades do Smart 200, Smart 300 , Smart 400 e mais: BAIXADA: Caraguatatuba SÃO PAULO INTERIOR: Lorena, Mogi-Guaçu e Mogi-Mirim RIO DE JANEIRO E GRANDE RIO: Itaguaí e Petrópolis |
| Advance 600 / 700 | Todas as cidades do Smart 200, Smart 300 , Smart 400, Smart 500 e mais: SÃO PAULO INTERIOR: Alumínio, Jarinu e Mairinque |
| Premium 900 | Todas as cidades da Linha Smart e Advance |
| Referência Basic | Todas as cidades da Linha Smart e Advance |

Não serão aceitas propostas comercializadas em outros Municípios e/ou Estados.



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

9. DA COPARTICIPAÇÃO

Para os produtos da Operadora Notre Dame Intermédica existe a possibilidade da contratação da modalidade de coparticipação, os valores dos procedimentos abaixo, estão disponíveis no Aditivo Promocional obrigatório nesta contratação. Os valores serão reajustado anualmente junto ao reajuste do plano de saúde.

10. A COBRANÇA relativa aos procedimentos segue abaixo:

VALORES COPARTICIPAÇÃO

| Valores de Coparticipação | Smart 200 Enf.* | Smart 200 UP Enf. | Smart 300 Enf. | Smart 400 enf. | Smart 400 apto. | Smart 500 enf. | Smart 500 apto. | Advance 600 enf. | Advance 600 apto. | Advance 700 enf. | Advance 700 apto. | Premium 900.1 apto. |
|---------------------------|-----------------|-------------------|----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|------------------|-------------------|------------------|-------------------|---------------------|
| Limite máx. pgto.*** | 50,00 | 50,00 | 50,00 | 50,00 | 50,00 | 75,00 | 75,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 100,00 | 150,00 |
| Consulta Eletiva | 12,00 | 12,00 | 12,00 | 12,00 | 12,00 | 12,00 | 12,00 | 20,00 | 20,00 | 25,00 | 25,00 | 30,00 |
| P.S. | 20,00 | 20,00 | 20,00 | 20,00 | 20,00 | 20,00 | 20,00 | 30,00 | 30,00 | 40,00 | 40,00 | 45,00 |
| Exame simples | 5,00 | 5,00 | 5,00 | 5,00 | 5,00 | 5,00 | 5,00 | 5,00 | 5,00 | 5,00 | 5,00 | 5,00 |
| Exames especiais | 12,00 | 12,00 | 12,00 | 12,00 | 12,00 | 12,00 | 12,00 | 15,00 | 15,00 | 20,00 | 20,00 | 25,00 |
| Terapias simples | 3,50 | 3,50 | 3,50 | 3,50 | 3,50 | 3,50 | 3,50 | 3,50 | 3,50 | 5,00 | 5,00 | 5,00 |
| Terapias complexas | ISENTO | ISENTO | ISENTO | ISENTO | ISENTO | ISENTO | ISENTO | ISENTO | ISENTO | ISENTO | ISENTO | ISENTO |
| Internações** | 200,00 | 200,00 | 200,00 | 200,00 | 200,00 | 200,00 | 200,00 | 250,00 | 250,00 | 250,00 | 250,00 | 400,00 |

* Smart 200 SP Capital, Smart 200 SP Oeste, Smart 200 Guarulhos e Smart 200 ABC + Baixada. ** Isento na rede própria. *** Limite máximo de pagamento por beneficiário / mês - exceto internação.

11. 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 no Contrato Coletivo por Adesão da Operadora, representada no quadro abaixo (Prazo Contratual) ou de acordo com os prazos em caso de redução de carência, conforme aditivo de redução.

PRAZOS DE CARÊNCIAS

| GRUPO | DESCRIÇÃO DO GRUPO | PRAZOS |
|-------|--|----------|
| 1 | Urgência e Emergência | 24 horas |
| 2 e 3 | Consultas Médicas - Rede Própria / Credenciada | 30 dias |
| 4 e 5 | Exames Simples - Rede Própria / Credenciada | 30 dias |
| 6 e 7 | Terapias Simples e cirurgias de porte anestésico zero - Rede Própria / Credenciada | 180 dias |
| 8 e 9 | Demais Procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 - Rede Própria / Credenciada | 180 dias |
| 10 | Transplantes, implantes, Terapia Imunobiológica, Próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética; Internações psiquiátricas, diálise/hemodiálise, cirurgias refrativa e obesidade mórbida | 180 dias |
| 11 | Partos a termo | 300 dias |

PRAZOS DE CARÊNCIAS - PLANO ODONTOLÓGICO INTERODONTO

| GRUPO 1 | PROCEDIMENTOS | PRAZOS DE CARÊNCIA |
|---------|---|--------------------|
| 13 | Urgência e Emergência, Diagnóstico, Intervenção Clínica, Extração Simples | 24 horas |
| 14 | Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia, Periodontia, Endodontia | 60 dias |



12. REAJUSTE

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

Conforme cláusulas de reajuste especificadas no contrato de 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 de MAIO 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.

13. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

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: Smart 200 Up a Premium 900.1.

| Faixa Etária | SMART 200 ENF* | SMART 200 UP | SMART 300 | SMART 400 | SMART 500 | ADVANCE ENF 600 | ADVANCE APTO 600 | ADVANCE ENF 700 | ADVANCE APTO 700 | PREMIUM 900.1 | Referência |
|--------------|----------------|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------------|------------------|-----------------|------------------|---------------|------------|
| 0 a 18 anos | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% | 0,00% |
| 19 a 23 anos | 34,98% | 34,98% | 34,98% | 34,98% | 34,98% | 34,98% | 34,98% | 34,98% | 34,98% | 34,98% | 34,98% |
| 24 a 28 anos | 18,18% | 18,18% | 18,18% | 18,18% | 18,18% | 18,18% | 18,18% | 18,18% | 18,18% | 18,18% | 18,18% |
| 29 a 33 anos | 4,48% | 4,48% | 4,48% | 4,48% | 4,48% | 4,48% | 4,48% | 4,48% | 4,48% | 4,48% | 4,48% |
| 34 a 38 anos | 3,34% | 3,34% | 3,34% | 3,34% | 3,34% | 3,34% | 3,34% | 3,34% | 3,34% | 3,34% | 3,34% |
| 39 a 43 anos | 10,00% | 10,00% | 10,00% | 10,00% | 10,00% | 10,00% | 10,00% | 10,00% | 10,00% | 10,00% | 10,00% |
| 44 a 48 anos | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% |
| 49 a 53 anos | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% |
| 54 a 58 anos | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% | 30,00% |
| 59 anos ou + | 44,13% | 44,13% | 44,13% | 44,13% | 44,13% | 44,13% | 44,13% | 44,13% | 44,13% | 44,13% | 44,13% |

* Smart 200 SP Capital, Smart 200 SP Oeste, Smart 200 Guarulhos e Smart 200 ABC + Baixada.

14. DO PAGAMENTO

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 13 desta Proposta.

O valor mensal a ser pago será a soma de todos os proponentes. Para os planos com coparticipação, a mensalidade será composta do valor desta, acrescido dos valores da coparticipação correspondente aos procedimentos realizados.

Valor total em R\$

15. FORMA DE COBRANÇA (Assinalar uma única opção de escolha)

Aceito receber no e-mail indicado nesta proposta, os boletos de cobranças mensais.

Aceito receber via correio, no endereço indicado nesta proposta, os boletos de cobranças mensais.

* Vencimento de acordo com a data de vigência, nos valores acordados.

** É imprescindível entrar em contato prévio com a Administradora, nos casos de alterações dos dados cadastrais desta proposta (endereço ou e-mail), sob pena do não recebimento correto dos boletos de cobranças mensais e as consequências decorrentes da inadimplência.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

16. 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.



CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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 _____



NotreDame
Intermédica

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



Data de Vigência:

Data de Vencimento:

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. A Declaração de Saúde consiste no preenchimento do formulário abaixo para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.
2. Você tem o direito de preencher esta Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à lista de profissionais da rede credenciada ou referenciada pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário. Caso você opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da NotreDame Intermédica, poderá fazê-lo, desde que você se responsabilize pelos honorários médicos deste profissional.
3. Conforme disposto na RN 162 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, define-se como:
 - a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de 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.
 - b) Agravado: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano de saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
4. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, conhecida e não declarada neste formulário, pode acarretar consequências previstas na legislação, de rescisão contratual e de responsabilidades por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso estes fatos venham a ser comprovados junto à ANS.
5. As doenças ou lesões declaradas nesta Declaração de Saúde é oferecida Cobertura Parcial - CPT pela NotreDame Intermédica, de acordo com o prazo e condições de suspensão de cobertura conforme descrito no item 3.

Nome do Titular (Obrigatório nome completo)

DEVE SER PREENCHIDO PELO PROPONENTE TITULAR OU REPRESENTANTE LEGAL

Assinale com "S" (Sim) ou "N" (Não)

| Item | Perguntas | Tit. | Dependentes | | | |
|------|---|------|-------------|---|---|---|
| | | | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 1. | Doenças do aparelho cardio-circulatório (hipertensão, angina, infarto, derrame, arritmias cardíacas, sopros, marca passo, chagas, prolapso, entre outras)? | | | | | |
| 2. | Doenças das veias e artérias (varizes, trombozes, aneurismas, hemorroidas, má circulação, entre outras)? | | | | | |
| 3. | Doenças endócrinas e / ou metabólicas (diabetes, transtornos de glândula tireóide, colesterol, ácido úrico, entre outras)? | | | | | |
| 4. | Doenças do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, esofagite, pancreatite, varizes de esôfago, diverticulites, doenças de Cronh, doenças hepáticas, engasgos de repetição, alterações anais, pedra na vesícula, colite, polipos, entre outras)? | | | | | |
| 5. | Hérnias (Hiato, Inguinal, Umbilical, Incisional, entre outras)? | | | | | |
| 6. | Doenças renais ou da bexiga (insuficiência renal, rins policísticos, anomalia do ureter, bexiga e uretra, pedra nos rins, diálise, entre outras)? | | | | | |
| 7. | Doenças dos órgãos genitais masculinos (hiperplasia da próstata, fimose, hidrocele, impotência, entre outras)? | | | | | |
| 8. | Doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, anemia falciforme, talassemia, entre outras)? | | | | | |
| 9. | Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfisema, pneumonias de repetição, entre outras)? | | | | | |
| 10. | Doenças do ouvido, nariz ou garganta (diminuição da audição, adenóide, colesteatoma, desvio do septo, rinite, sinusite, amigdalite de repetição, otite, entre outras)? | | | | | |
| 11. | Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, retinopatias, entre outras)? | | | | | |
| 12. | Doenças ou más formações congênitas ou hereditárias, entre outras? | | | | | |
| 13. | Doenças imunológicas (AIDS ou ser portador do vírus HIV, entre outras)? | | | | | |
| 14. | Doenças ou tumorações benignas ou malignas (Câncer)? | | | | | |
| 15. | Doenças reumáticas (artrites, febre reumática, lupus, entre outras)? | | | | | |
| 16. | Doenças neurológicas (epilepsia, derrame, paralisia cerebral, mal de Parkinson, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, desmaios, entre outras)? | | | | | |
| 17. | Transtornos psiquiátricos (esquizofrenia, depressão, retardo mental, ansiedade, nervosismo, entre outras)? | | | | | |
| 18. | Transtornos de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)? | | | | | |
| 19. | Doenças ginecológicas e das mamas (transtornos do perineo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, entre outras)? | | | | | |



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, NotreDame Intermédica, 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 NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A., 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 ou Seguro 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 Manual de Orientação do Beneficiário.

4. 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.

5. 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.

6. O Contrato poderá ser extensivo ao cônjuge ou companheiro(a), filho(a), enteado, solteiros até 39 anos, 11 meses e 29 dias, ou inválido de qualquer idade (comprovar o estado de invalidez através de documentos atuais | relatório médico e decisão judicial), menores sob guarda e tutelados até 18 (anos), de acordo com o Código Civil e Estatuto da Criança e do Adolescente.

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 Empresarial por Adesão.

7. 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), decorrente(s) dos benefícios, assim como a recusa da presente Proposta.

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

9. 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 e as contratuais



Data de Vigência:

Data de Vencimento:

10. 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.

11. No momento da adesão contratual, 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.

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

13. Poderei, assim como meu(s) beneficiário(s) dependente(s), utilizar as coberturas por meio dos prestadores próprios ou credenciados das Operadoras, respeitadas as condições contratuais e a disponibilidade dos planos, conforme definidas com a Entidade.

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 as Operadoras 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. Os contratos coletivos firmados entre a Administradora e as Operadoras, contratos que passarei a integrar, vigorarão pelo prazo mínimo de 12(doze) meses, depois serão 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.

17. 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; 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 competentes; c) constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente; d) solicitação expressa do Beneficiário Titular à Contratante (que deverá ser processado de imediato, conforme RN 412), 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.

18. 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 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.

PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº 

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

19. 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.

20. No momento da adesão contratual 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.

21. A responsabilidade pelas coberturas contratuais são da: NOTRE DAME INTERMEDICA SAÚDE S.A. Operadora especializada em saúde, localizada na Av. Paulista, 867 / Bela Vista / Município de São Paulo CEP: 01311-100, Estado de São Paulo- Inscrita no CNPJ/MF sob nº44.649.812/0001-38 - e na ANS sob o nº 35901-7, de acordo com o plano contratado.

22. Devo encaminhar prontamente à Administradora e/ou as Operadoras, quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas incluídos neste contrato

23. 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.

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



FOLHA RETIFICADORA

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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)

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

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



Notre Dame
Intermédica

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) na(s) página(s) 01 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.gndi.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.

Pela presente declaro que tenho conhecimento do plano referência, nomenclatura Referência Basic - nº do registro 408.050/99-5, que me foi oferecido pela Notre Dame Intermédica Saúde S.A., CNPJ nº 44.649.812/0001-38, com registro na ANS nº 359017, e que após os esclarecimentos sobre o referido plano, optei pela contratação do plano definido no item «Contratação de Plano», constante nesta proposta de adesão.

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 enfermaria. 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: NotreDame Intermédica Saúde S.A.
CNPJ: 44.649.812/0001-38
Nº de registro na ANS: 35.901-7
Site: www.gndi.com.br
Tel.: 3155-2000

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. | Coletivo Empresarial | |
| | 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. | 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: NotreDame Intermédica Saúde S.A.
CNPJ: 44.649.812/0001-38
Nº de registro na ANS: 35.901-7
Site: www.gndi.com.br
Tel.: 3155-2000

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. | |

| | |
|---|--|
| CARÊNCIAS | 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. |
| MECANISMOS DE REGULAÇÃO | 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. |
| VIGÊNCIA | Define o período em que vigorará o contrato. |
| RESCISÃO/ SUSPENSÃO | A rescisão põe fim definitivamente à vigência do contrato. A suspensão descontinua a vigência do contrato. |
| REAJUSTE | 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. |
| CONTINUIDADE NO PLANO COLETIVO EMPRESARIAL (ART. 30 E 31 DA LEI Nº 9.656/1998) | 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 NotreDame Intermédica



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 NotreDame Intermédica
www.gndi.com.br



Beneficiário da operadora de saúde
NotreDame Intermédica, acesse:

 www.gndi.com.br

 11 3155 2500

(Central de Serviços 24h - Capital e Grande São Paulo)

 0800 7700370

(SAC - Todo o território nacional)