

Entidade															
PERÍODO DE ADESÃO				FECHAMENTO DA VIGÊNCIA				INÍCIO DA VIGÊNCIA				VENCIMENTO			
dias 01 a 15 do mês				dia 20				dia 01 do mês subsequente				dia 01			
dias 16 a 30 do mês				dia 05				dia 15 do mês subsequente				dia 15			
1 - PROPONENTE TITULAR															
Nome Completo															
RG			Orgão emissor/Estado			Nome da Mãe sem abreviaturas									
Data de nascimento		Sexo:	E.C.:	CPF			PIS/PASEP			Cartão Nacional de Saúde					
CEP		Endereço residencial								Nº					
Complemento			Bairro				Cidade			U.F.					
CEP		Endereço cobrança								Nº					
Complemento			Bairro				Cidade			U.F.					
Telefone residencial				Telefone celular				Telefone comercial							
Email						Operadora anterior									
2 - DEPENDENTES <small>Legendas: EC = Estado Civil; S = Solteiro; C = Casado; D = Divorciado; V = Viuvo; GP = Grau Parentesco: 01 = Conjuge; 02 = Companheiro; 03 = Filho</small>															
1	Nome Completo														
	Data de Nascimento		Sexo:	E.C.:	G.P.	CPF			Cartão Nacional de Saúde						
	Nº da Declaração de Nascido Vivo				Nome da Mãe sem abreviaturas										
2	Nome Completo														
	Data de Nascimento		Sexo:	E.C.:	G.P.	CPF			Cartão Nacional de Saúde						
	Nº da Declaração de Nascido Vivo				Nome da Mãe sem abreviaturas										
3	Nome Completo														
	Data de Nascimento		Sexo:	E.C.:	G.P.	CPF			Cartão Nacional de Saúde						
	Nº da Declaração de Nascido Vivo				Nome da Mãe sem abreviaturas										
4	Nome Completo														
	Data de Nascimento		Sexo:	E.C.:	G.P.	CPF			Cartão Nacional de Saúde						
	Nº da Declaração de Nascido Vivo				Nome da Mãe sem abreviaturas										
3 - RESPONSÁVEL LEGAL (preencher somente quando o titular for menor de 18 anos)															
Nome Completo															
RG			Orgão emissor			CPF			Data de nascimento			Parentesco			

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTOR						
Nome da Corretora					Código da Corretora	
Nome do Vendedor/Angariador					CPF do Vendedor	
Nome do Supervisor			Código Supervisor	Nome do Gerente		Código Gerente
2 - PLANO PROPOSTA						
	Código do Plano Registro ANS	Nome Comercial do Plano	Acomodação em Internação	Abrangência Geográfica	Tipo de Contratação	
	477.631/17-3	BV-Adesão/Enf/ SP/ABC	Enfermaria	Grupo de Municípios	Coletivo por Adesão	
Abrangência Geográfica: São Paulo, Arujá, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itapevi, Itaquaquetuba, Jandira, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, Suzano e Taboão da Serra.						
3 - VALOR POR PROPONENTE						
		Idade	Valor em R\$	ATENÇÃO: Os valores indicados ao lado sofrerão alterações caso haja reajuste anual do contrato coletivo ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta proposta de adesão e a data de sua 1ª (primeira) cobrança, observando o disposto no item 18 da página 09/13 desta proposta.		
Titular						
Dependente 1						
Dependente 2						
Dependente 3						
Dependente 4				Valor Total em R\$: <input type="text"/>		
4 - FORMA DE COBRANÇA (Assinalar uma única opção de escolha)						
<input type="checkbox"/> Aceito receber no e-mail indicado nesta proposta, os boletos de cobrança mensais.						
<input type="checkbox"/> Aceito receber via correio, no endereço indicado nesta proposta, os boletos de cobrança mensais.						
* Vencimento de acordo com as datas de vigência, nos valores acordados. ** É imprescindível entrar em contato prévio com a Administradora, nos casos de alterações de 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, conforme disposto na Cláusula 20 das Condições Gerais.						

5 - TAXA DE IMPLANTAÇÃO / ANGARIAÇÃO

A taxa de implantação é devida ao angariador desta proposta no ato de sua assinatura, por conta da intermediação do benefício, e equivale a 100% (cem por cento) do(s) valor total do(s) benefício(s) contratado(s). Em caso de não aceitação desta proposta, essa taxa será integralmente devolvida pelo angariador ao proponente titular.

ATENÇÃO: O pagamento da taxa de implantação não se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da primeira e das demais cobranças mensais do benefício, as quais serão arrecadadas pela Administradora de Benefícios e darão direito as coberturas decorrentes desta proposta.

Valor Total em R\$:

6 - AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE INFORMAÇÕES

- Desejo receber informações sobre os benefícios contratados, bem como mensagens com ofertas de novos serviços e benefícios, disponibilizadas através de e-mail e/ou SMS.
- Não desejo receber tais informações e mensagens e, portanto, não autorizo o envio, via e-mail e/ou SMS.

7 - DECLARAÇÕES

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 página 01 desta **Proposta**.

Declaro ter recebido, neste ato, o "**Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde**", cópia da presente "**Proposta**", da "**Carta de Orientação ao Beneficiário**" e da "**Declaração de Saúde**". Estou ciente de que os cartões de identificação do(s) beneficiário(s) e a lista de prestadores credenciados, de exclusiva responsabilidade da Operadora, bem como o "**Guia de Leitura Contratual**" serão enviados a mim tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros estejam regularizados na **Operadora**.

Declaro estar ciente, **nos termos que estabelece o artigo 10 da lei 9656/98**, também, que tenho conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência e que o mesmo me foi oferecido, sendo minha opção pela contratação do plano referido nesta proposta.

 Local e Data

 Assinatura do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

CARTA DE ORIENTAÇÃO DO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

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

O QUE É 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 de 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 problema 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 ESTADONÇA 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 **Agravo**, 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, etc.*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após 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 preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES DE 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 doença 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 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**.

USUÁRIO TITULAR ou REPRESENTANTE LEGAL do

Usuário Titular (quando este for menor de 18 anos ou incapaz). Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____ / _____ / _____	_____ / _____ / _____
Local	Data
Nome: _____	Nome: _____
Assinatura: _____	CPF: _____
	Assinatura: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

PROPONENTES

Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas.	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
1	Doenças cardíacas (coração grande, pressão-alta, arritmias, entre outros)? Especificar.					
2	Doenças Vasculares (varizes, trombose, aneurisma, má circulação, derrames, entre outros)? Especificar.					
3	Doenças endócrinas e metabólicas (diabetes, tireóide, obesidade mórbida, entre outros)? Especificar.					
4	Doenças respiratórias (asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, entre outros)? Especificar.					
5	Doenças gastro intestinal (gastrite, esofagite, hemorróidas, fistulas, alterações no fígado, pâncreas, vesícula biliar, entre outros)? Especificar.					
6	Hérnias (hiato, inguinal, incisionais, entre outros)? Especificar.					
7	Doenças do aparelho urinário (cálculos, infecções renais, cistites, insuficiência renal, incontinência urinária, entre outros)? Especificar.					
8	Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, fimose, infertilidade, entre outros)? Especificar.					
9	Doenças ginecológicas e das mamas (nódulos de mama, cisto de ovário, mioma, endometriose, sangramento, infertilidade, entre outros)? Especificar.					
10	Doenças do sangue (anemias, leucemias, hemofilia, linfomas, entre outros)? Especificar.					
11	Tumorações malignas ou benignas (câncer, tumores, nódulos, entre outros)? Especificar (ex. do aparelho digestivo, pele, mama, útero, tireóide, linfoma, etc.)					
12	Doenças reumáticas (artrite, febre reumática, lúpus, entre outros). Especificar.					
13	Doenças neurológicas (paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, crise convulsiva, AVC, entre outros)? Especificar.					
14	Doenças de pele (psoríase, câncer de pele, hiperidrose/sudação excessiva, entre outros)? Especificar.					
15	Doenças infectocontagiosas (AIDS ou é portador do vírus HIV, hepatite, tuberculose, entre outros)? Especificar.					
16	Problemas ortopédicos (artrose, hérnias de disco, problemas de coluna, dores no quadril e joelho, fraturas, osteoporose, tendinite, entre outros)? Especificar.					
17	Doenças congênitas ou hereditárias (síndrome de down, cardiopatia congênita, lábio leporino, entre outros)? Especificar.					
18	Doenças oftalmológicas (catarata, glaucoma, miopia, astigmatismo, estrabismo, alteração na retina ou córnea, entre outros)? Especificar.					
19	Doenças dos ouvidos, nariz e garganta (amigdalite, diminuição da audição, tumores, desvio de septo, adenóide, otite, sinusite, entre outros)? Especificar.					
20	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar, ansiedade, entre outros)? Especificar.					
21	Dependência química (cigarro, álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outros)? Especificar.					
22	Realiza ou realizou diálise ou hemodiálise? Especificar.					
23	Realiza ou realizou quimioterapia, branquiterapia ou radioterapia? Especificar.					
24	Possui marcapasso?					
25	Possui prótese(s) (pinos, placas, parafusos, entre outros)? Especificar.					

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

PROONENTES

Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas.	PROONENTES				
		Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
26	Já foi internado alguma vez ou foi submetido a alguma cirurgia ou tratamento não mencionado acima? Especificar.					
27	Tem algum tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses?					
28	Sofre de alguma doença ou faz algum tratamento não mencionado ou NÃO DESCRITO acima? Especificar.					
29	TITULAR: Peso _____ kg Altura ____ m ____ cm Dep. 1: Peso _____ kg Altura ____ m ____ cm Dep. 2: Peso _____ kg Altura ____ m ____ cm Dep. 3: Peso _____ kg Altura ____ m ____ cm Dep. 4: Peso _____ kg Altura ____ m ____ cm					

Com opção de C.P.T. ou AGRAVO (Opção pelo AGRAVO está sujeita aos requisitos previstos pelo contrato).

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos acima, indique abaixo o item, especificação e proponente.

Item	Especificação	Proponente

Sofreu de alguma doença que o tenha obrigado a submeter-se a tratamento clínico ou cirúrgico e ou exames? Especifique abaixo.

Item	Especificação	Proponente	Data do Evento

Este campo é destinado a comentários e informações a respeito das questões formuladas que você, declarante ache importante registrar.

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas são verdadeiras, nos termos previstos no art. 5º da RN nº162/07 e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais.

_____/_____/_____
 Data

 Consumidor proponente ou responsável legal

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	BV-Adesão/Enf/SP/ABC 477.631.173
De 00 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	22,70%
De 24 a 28 anos	30,00%
De 29 a 33 anos	4,48%
De 34 a 38 anos	3,34%
De 39 a 43 anos	10,00%
De 44 a 48 anos	29,49%
De 49 a 53 anos	29,51%
De 54 a 58 anos	29,51%
59 anos ou mais	45,50%

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, Peniscopias, 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 N°428/2017 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.

Entidade										
1 - PROPONENTE TITULAR										
Nome Completo										
RG			Orgão emissor		Nome da Mãe sem abreviaturas					
Data de nascimento		Sexo:	E.C.:	CPF		PIS/PASEP		Cartão Nacional de Saúde		
CEP		Endereço residencial							Nº	
Complemento			Bairro			Cidade			U.F.	
CEP		Endereço cobrança							Nº	
Complemento			Bairro			Cidade			U.F.	
Telefone residencial				Telefone celular			Telefone comercial			
Email							Operadora anterior			
2 - DEPENDENTES Legendas: EC = Estado Civil; S = Solteiro; C = Casado; D = Divorciado; V = Viuvo; GP = Grau Parentesco: 01 = Conjuge; 02 = Companheiro; 03 = Filho										
1	Nome Completo									
	Data de Nascimento		Sexo:	E.C.:	G.P.	CPF		Cartão Nacional de Saúde		
	Nº da Declaração de Nascido Vivo			Nome da Mãe sem abreviaturas						
2	Nome Completo									
	Data de Nascimento		Sexo:	E.C.:	G.P.	CPF		Cartão Nacional de Saúde		
	Nº da Declaração de Nascido Vivo			Nome da Mãe sem abreviaturas						
3	Nome Completo									
	Data de Nascimento		Sexo:	E.C.:	G.P.	CPF		Cartão Nacional de Saúde		
	Nº da Declaração de Nascido Vivo			Nome da Mãe sem abreviaturas						
4	Nome Completo									
	Data de Nascimento		Sexo:	E.C.:	G.P.	CPF		Cartão Nacional de Saúde		
	Nº da Declaração de Nascido Vivo			Nome da Mãe sem abreviaturas						
3 - RESPONSÁVEL LEGAL (preencher somente quando o titular for menor de 18 anos)										
Nome Completo										
RG			Orgão emissor		CPF		Data de nascimento		Parentesco	

Local e Data

Assinatura do Proponente Titular ou Responsável (quando menor de 18 anos)