

A PLENA SAÚDE LTDA., inscrita no CNPJ/MF sob nº 00.338.763/0001-47, isenta de Inscrição Estadual, situada à Av. Raimundo Pereira de Magalhães, 12.575, 1º andar, Parada de Taipas – CEP.: 02989-095, São Paulo/SP, em cumprimento ao disposto nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, disponibiliza e entrega nesta data:

1- Este instrumento é minha Proposta de Adesão (Proposta) aos contratos de plano de assistência à saúde, coletivos por adesão, celebrados entre a CORPORE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DA SAÚDE LTDA, CNPJ 17.670.901/0001-93 e na ANS 41.896-0 (a “Administradora”) e, doravante “Operadora”, a PLENA SAÚDE LTDA., inscrita no CNPJ/MF sob nº 00.338.763/0001-47, e destinados à população que mantenha vínculo com a minha Entidade, que é a Pessoa Jurídica indicada na página 1 desta proposta.

2. Tipo de Contratação: O Tipo de contratação é de natureza coletivo por adesão, consubstanciada na cobertura assistencial à saúde de beneficiários titulares com vínculo profissional, classista ou setorial com conselhos profissionais e entidades de classe nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão, os sindicatos, as centrais e as respectivas federações e confederações, as associações profissionais legalmente constituídas.

3. Segmentação Assistencial do Plano de Saúde

A segmentação assistencial dos planos de saúde previstos neste contrato é de natureza ambulatorial e hospitalar com obstetria, cuja cobertura assistencial à saúde será prestada através de serviços próprios e credenciados, conforme relação constante no Manual de Orientação do Beneficiário.

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

É a especificação nominal do (s) estados (s) ou município (s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal. É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Área de atuação da operadora:

- **Onix - Rede Própria:** São Paulo, Caieiras, Franco da Rocha, Francisco Morato, Taipas e Cajamar
- **Gold 30 - Rede Própria + Guaianases:** Caieiras, Cajamar, Franco da Rocha, Francisco Morato, Guaianases e São Paulo
- **Diamante Rede Própria + Credenciada:** São Paulo, Caieiras, Franco da Rocha, Francisco Morato e Cajamar

5. O benefício terá início de sua utilização na data indicada no campo “Início de Vigência” da Proposta de Adesão e após a quitação do 1º boleto bancário.

6. A aceitação de minha Proposta depende da comprovação de meu vínculo com a Entidade e nos casos de empresas EPP (pequeno porte), microempreendedor individual (MEI), ou ainda, uma empresa normal, a depender do seu faturamento, a comprovação do exercício de atividade empresarial pelo período mínimo de 06 (seis) meses, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo estão sendo entregues por mim ao vendedor, no ato da assinatura desta para a conferência, podendo esta Proposta ser recusada em razão da falta de minha elegibilidade. Em caso de recusa desta Proposta, o custo de implantação me será devolvido pelo vendedor que a recebeu.

7. O Contrato poderá ser extensivo a) O (a) cônjuge. I b) O (a) companheiro (a), havendo união estável na forma de lei, devidamente comprovada, sem concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial. I c) Os (as) filhos (as) e enteado (as) solteiros (as) até 21 anos completos, não emancipados. I d) Os (as) filhos (as) solteiros (as) e enteado (as) estudantes universitários até 24 anos completos, desde que devidamente comprovado. I e) Os (as) menores que, por determinação judicial, se encontrem sob a guarda e responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR ou sob sua tutela. I f) Filhos (as) comprovadamente incapaz (es). A inclusão deverá respeitar o prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento, adoção, matrimônio ou do início do convívio em comum para aproveitamento da carência do titular, desde que apresentada a documentação pertinente e cumprimento ou não do prazo de carência, conforme estabelecido no Contrato Coletivo por Adesão.

8. Sou o único responsável pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu(s) dependente(s) sobre toda e qualquer circunstância que possa influir na aceitação desta Proposta, na manutenção ou no valor mensal, sabendo que omissões ou dados errôneos acarretarão a perda de todos os meus direitos, bem como os do(s) meu(s) dependente(s).

9. CARÊNCIAS

9.1. Observadas as disposições, a abrangência geográfica e as coberturas dos planos contratados, aos beneficiários fica assegurado o direito à assistência médica, hospitalar e obstétrica, de diagnóstico e terapia, necessária ao tratamento das doenças constantes do CID – Versão 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), observados o Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e as carências estabelecidas e elencadas no contrato entre a ENTIDADE ADERENTE e a OPERADORA.

9.2. As coberturas excluídas são aquelas que não se incluem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e editado pela ANS, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº 9.656/98 e nas normas regulamentares da ANS na data do evento.

9.3. A assistência prevista neste instrumento será prestada aos Beneficiários regularmente inscritos, observadas as condições deste instrumento e as coberturas do produto contratado. Os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data da vigência do plano:

ITEM GRUPO	DIAS	COBERTURAS
0	1	Acidente pessoal, Consultas de urgência e emergência (nos termos da resolução de nº 13 do CONSU);
1	30	Os descritos acima, adicionados de Consultas Eletivas em quaisquer especialidades previstas pelo CFM, (exceto Psiquiatria, Geriatria, Neurologia, Hematologia, Mastologia, Imunologia e Oncologia);
2	30	Os descritos anteriormente adicionados de Exames laboratoriais e Bioquímica, Hematologia, Fezes e Urina, (exceto: Imunologia, Líquido Amniótico, Líquido Sinovial e derrames, Líquido Suco Gástrico, Tubagem Duodenal, Diversos, Drogas Psicoativas); Papanicolau (Citologia Oncótica); Eletroencefalograma, Eletrocardiograma, Procedimentos Oftalmológicos para diagnose; Audiometria e Impedanciometria, Radiologia simples (sem contrastes);
3	90	Os descritos anteriormente adicionados de Ultrassonografia (sem Doppler); Endoscopia Digestiva; Colposcopia; Vulvoscopia; Peniscopio; Prova de Função Pulmnar; Holter; Teste Ergométrico; Densitometria Óssea e Mamografia;
4	120	Os exames descritos acima e Exames Laboratoriais de Imunologia, Líquido Amniótico, Líquido Sinovial e derrames, Líquor, Suco Gástrico, Tubagem Duo-denal, Deiversos, Drogas Psicoativas / Radiologia com Contraste, Fisioterapia; Procedimentos Ambulatoriais nas especialidades de Dermatologia, Urologia, Ginecologia e Otorrinolaringologia; Procedimentos Oftalmológicos de Terapia (Betaterapia e outros), Biópsias, Anátomos Patológicos; Testes alérgicos e Eletroneuromiografia;
5	150	Os exames e procedimentos descritos acima e Consultas nas especialidades de Psiquiatria, Geriatria, Nefrologia, Hematologia, Mastologia, Imunologia e Oncologia; Ecocardiograma, Exames especiais como: Exames com Doppler, Exames Vasculares Cortplexos; Endoscopia Peroral (Laringoscopia e Broncoscopia); Colonoscopia e Retossigmoidoscopia;
6	180	Os procedimentos descritos acima e Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear; Litotripsia, Diálise e Hemodiálise, Amniocentese, Monitoragem Fetal, Vídeo laparoscopia, Coronariografia, Angiografia, Quimioterapia e Radioterapia, Interações Clínicas e Cirurgias, Transplantes e Tratamento Psiquiátrico. Sessões com nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicoterapeuta e fisioterapeuta / Análise DNA para diversas doenças genéticas; Fator V Leiden, Análise de mutação; Hepatite B - Teste quantitativo; Hepatite C, Genotipagem; HIV, Genotipagem; Dímero D Mamografia digital / Inserção de DIU (inclusive o dispositivo); Vasectomia; Ligadura tubária / Apondectomia, colecistectomia; Dermolipectomia para correção de abdome em avental após tratamento de obesidade mórbida; Remoção de pigmentos de lente intraocular com Yag Laser; Mamotomia; Biopsia de mama a vácuo, com um corte menor; Tratamento cirúrgico da Epilepsia; Tratamento pré-natal das hidrocefalias e cistos cerebrais; Transplantes autólogos de medula óssea. Demais procedimentos e coberturas não prevista no item anterior, exceto em CTP relativas a Doença e Lesão Pré-Existente;
7	300	Interações Obstétricas, Partos e suas conseqüências.

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

11. Poderei, assim como meu(s) beneficiário(s) dependente(s), utilizar as coberturas por meio dos prestadores próprios ou credenciados da Operadora, respeitadas as condições contratuais e a disponibilidade dos planos, conforme definidas com a Entidade. Estou ciente de que poderei utilizar o sistema de reembolso parcial de despesas exclusivamente em casos de urgência ou emergência comprovada e conforme estipulado no Contrato Coletivo por Adesão.

12. As coberturas excluídas são aquelas que não se incluem no «Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde» da ANS, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº 9.656/98 e nas normas regulamentares da ANS.

13. Doença ou lesão preexistente é aquela da qual eu ou meu(s) proponente(s) saiba(mos) ser portador(es) nesta data, seja por diagnóstico feito ou conhecido, devendo declará-la na «Declaração de Saúde» que acompanha esta Proposta. Havendo na «Declaração de Saúde» a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), poderá ser aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência individual, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionado(s) à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s). Caso haja necessidade, a entrevista qualificada será solicitada pela Operadora.

14. A data de vencimento do pagamento do valor mensal, bem como sua forma, serão aquelas indicadas na Proposta de Adesão, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal e acréscimo e mora de 1% ao mês (0,033 ao dia) sobre o valor do débito em atraso.

No período de inadimplência, poderá ocorrer a suspensão automática das coberturas, cuja utilização somente será restabelecida em até 72 horas, a partir da quitação do (s) valor (es) pendentes (s) e devida compensação bancária, acrescido (s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto no item 20 desta Proposta.

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

16. Conforme item 3.2 do Contrato Coletivo por Adesão, independentemente da data da minha Proposta, o valor mensal poderá sofrer reajustes legais e contratuais na data de Aniversário do Contrato entre Administradora e a Operadora a ocorrer sempre no mês AGOSTO (plano Gold) | NOVEMBRO (plano Onix e Diamante) 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.

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

17. Reajuste por Mudança de faixa etária (anexo I - contrato coletivo por adesão), a variação do preço em razão da faixa etária somente incidirá quando o Beneficiário completar a idade limite, o reajuste somente será aplicado no mês subsequente, de acordo com os valores então vigentes, conforme faixas etárias e percentuais a saber:

- **Plano Gold:** 00 a 18 anos: 0,00%, 19 a 23 anos: 14,00%, 24 a 28 anos: 16,01%, 29 a 33 anos: 15,99%, 34 a 38 anos: 16,00%, 39 a 43 anos: 20,00%, 44 a 48 anos: 20,00%, 49 a 53 anos: 25,00%, 54 a 58 anos: 33,00%, 59 anos ou mais: 40,00%.
- **Plano Onix I Diamante:** 00 a 18 anos: 0,00%, 19 a 23 anos: 6,99%, 24 a 28 anos: 10,01%, 29 a 33 anos: 20,01%, 34 a 38 anos: 20,00%, 39 a 43 anos: 18,00%, 44 a 48 anos: 22,09%, 49 a 53 anos: 24,91%, 54 a 58 anos: 30,00%, 59 anos ou mais: 35,00%.

18. Os contratos coletivos firmados entre a Administradora e as Operadoras, contratos que passarei a integrar, vigorarão pelo prazo mínimo de 12(doze) meses, podendo ser renovados, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, de qualquer das partes, seja pela Administradora ou pelas Operadoras. Em caso de rescisão desses contratos coletivos, a Administradora me fará a comunicação desse fato, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

19. A perda da qualidade de Beneficiário dar-se-á em um dos seguintes casos: - Titular a) rescisão deste Contrato; b) cessação do vínculo entre o Beneficiário Titular e a Contratante; 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.

20. Os benefícios poderão ser cancelados desde que obedecido o prazo de permanência mínima (conforme descrito no item 18): 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 cancelamento previstos na regulamentação.

21. No caso de cancelamento devolverei imediatamente à **Administradora** o meu cartão de identificação e do(s) meu(s) **beneficiário(s) dependente(s)**, assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida das coberturas, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu conhecimento.

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

23. A responsabilidade pela coberturas contratuais é da **PLENA SAÚDE LTDA.**, Operadora especializada em saúde, localizada Av. Raimundo Pereira de Magalhães, 12.575, 1º andar, Parada de Taipas – CEP: 02989-095, São Paulo/SP, inscrita no CNPJ/MF sob nº 00.338.763/0001-47 – e na ANS sob nº 34.883-0.

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

25. Poderei desistir desta **Proposta**, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à **Administradora** no prazo máximo de 7(sete) dias, contados a partir da data de minha assinatura neste instrumento, autorizando a cobrança do custo de implantação e do valor mensal, caso esse prazo não seja observado.

26. O beneficiário titular deverá preencher declaração de saúde, no momento da adesão contratual, ou da inclusão posterior de dependente, informando o conhecimento de DLP, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à exclusão do contrato, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do art. 13 da Lei nº 9656, de 1998.

27. **As transferências** de plano somente serão aceitas após ter sido completado um ano de vigência do Contrato, por ocasião de sua renovação, e, posteriormente, a cada 12 (doze) meses, durante o mês de aniversário do Contrato, desde que, em qualquer hipótese, a Contratante e o Beneficiário estejam em dia com suas obrigações contratuais e ciente de que:

a) Nos casos em que o beneficiário esteja em cumprimento de prazos carenciais, os prazos restantes deverão ser cumpridos na vigência contratual do Plano para o qual tenha ocorrido a transferência. Nos casos em que o beneficiário, titular ou dependente, esteja em cumprimento de Cobertura Parcial Temporária - CPT, o prazo restante deverá ser cumprido na vigência contratual do Plano para o qual tenha ocorrido a transferência.

b) Nos casos em que, no Plano para o qual tenha ocorrido a transferência, for garantido o acesso a profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde não constantes do Plano anterior, incluindo-se melhor padrão de acomodação em internações, deverão ser cumpridos períodos de carências, limitados a 180 (cento e oitenta) dias, para a aquisição do direito de utilização da parcela adicional de cobertura representada por esses profissionais, entidades ou serviços de assistência à saúde acrescidos, ou apenas em relação a esse melhor padrão de acomodação, limitados a 180 (cento e oitenta) dias.

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. Será cobrado o valor de R\$ 15,00 (quinze reais) referente a segunda via do cartão de identificação, salvo nos casos de roubo, onde a cobrança será isenta mediante apresentação do Boletim de Ocorrência.

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.

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