ANS nº 41.896-0

Corpore ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº

NotreDame Intermédica

ANS nº 35057-7

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. ☐ Residencial ☐ Comercial						
Nº	Bairro			Cidade			UF
CEP	Rua / Av. ☐ Endereço de Cobrança						
Nº	Bairro			Cidade			UF
Telefone Residencial	Telefone Celular			Telefone Comercial		Telefone Recado	
E-mail							Operadora Anterior

3. DEPENDENTE(S)

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

ACEITAÇÃO VIGÊNCIA	Data da assinatura da proposta	Data da vigência e início da cobertura	Data de vencimento das faturas mensais Corpore
	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

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
	477.826/17-0	SMART 200 SP CA ENF	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Municipal
	477.844/17-8	SMART 200 ABC CA ENF	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de Municípios
	480.081/18-8	SMART 200 SP OESTE CA ENF	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
	477.831/17-6	SMART 200 GUARULHOS CA ENF	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Municipal
	474.328/15-8	SMART 200 JUNDIAI	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
	474.361/15-0	SMART 200 CAMPINAS	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Municipal
	474.409/15-8	SMART 200 SOROCABA	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
	477.834/17-1	SMART 200 UP CA ENF	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
	474.468/15-3	SMART 300	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
	474.454/15-3	SMART 400	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
	474.453/15-5	SMART 500	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
	474.441/15-1	ADVANCE 600	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional
	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
	474.465/15-9	SMART 400	Individual	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
	474.452/15-7	SMART 500	Individual	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
	474.440/15-3	ADVANCE 600	Individual	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional
	474.342/15-3	ADVANCE 700	Individual	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional
	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
	408.050/99-5	Basic	Coletivo	Não	Referência	Nacional

Av. Angélica, 321 | 13º andar | 01227-000 | São Paulo | SP 11 2124 1888 / 0800 771 4799 corporeadministradora www.corporeadministradora.com.br

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
	477.827/17-8	SMART 200 SP CA CP ENF	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Municipal
	477.845/17-6	SMART 200 ABC CA ENF	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de Municípios
	480.082/18-6	SMART 200 SP OESTE CA CP ENF	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
	477.832/17-4	SMART 200 GUARULHOS CA CP ENF	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Municipal
	474.403/15-9	SMART 200 JUNDIAI	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
	474.408/15-0	SMART 200 CAMPINAS	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Municipal
	474.329/15-6	SMART 200 SOROCABA	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
	477.833/17-2	SMART 200 UP CA CP ENF	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
	474.370/15-9	SMART 300	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
	474.464/15-1	SMART 400	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
	474.451/15-9	SMART 500	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
	474.337/15-7	ADVANCE 600	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional
	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
	474.463/15-2	SMART 400	Individual	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
	474.450/15-1	SMART 500	Individual	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
	474.336/15-9	ADVANCE 600	Individual	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional
	474.434/15-9	ADVANCE 700	Individual	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional
	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.

Av. Angélica, 321 | 13º andar | 01227-000 | São Paulo | SP 11 2124 1888 / 0800 771 4799 corporeadministradora www.corporeadministradora.com.br

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 e Arujá
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, Arujá, Barueri, Caieiras, 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-Guaçú, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Itapecerica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Jarinú, Mairiporã, Mogi das Cruzes, Poá, Rio Grande da Serra, Santa Isabel, Santana de Parnaiba, Suzano, Vargem Grande Paulista, Bertioga, Itanhaem, Mongaguá, Praia Grande. **SÃO PAULO INTERIOR:** Cabreuva, 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:** Aracoiaba 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**: Itaguai 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.	

Av. Angélica, 321 | 13º andar | 01227-000 | São Paulo | SP 11 2124 1888 / 0800 771 4799 corporeadministradora www.corporeadministradora.com.br

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, Dentistica, Cirurgia, Periodontia, Endodontia	60 dias

Av. Angélica, 321 | 13º andar | 01227-000 | São Paulo | SP 11 2124 1888 / 0800 771 4799 corporeadministradora www.corporeadministradora.com.br

Data de Vigência:

Data de Vencimento:

12. REAJUSTE

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.

16. TAXA DE CORRETAGEM

A taxa de corretagem é obrigatória, corresponde a valor inferior e diferenciado de sua mensalidade, devendo ser quitada no ato da presente adesão através de uma única parcela, mediante recibo do seu corretor.

ATENÇÃO: A taxa de corretagem NÃO representa o pagamento da primeira mensalidade, bem como não exclui, substitui ou isenta o pagamento da primeira mensalidade.

Considerando os trâmites necessários para a implantação de sua adesão, a verificação da elegibilidade e dados de preenchimento da sua proposta, informamos que a data de início da vigência do seu contrato é ____/____/____, ou seja, data posterior ao pagamento desta taxa de corretagem.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

Data de Vigência:

Data de Vencimento:

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO 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 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 impedí-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, 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.

ANS nº 41.896-0

Corpore ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº

NotreDame Intermédica

ANS nº 35.901-7

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 procediemntos 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 tefefone **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

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

Av. Angélica, 321 | 13º andar | 01227-000 | São Paulo | SP 11 2124 1888 / 0800 771 4799 corporeadministradora www.corporeadministradora.com.br

ANS nº 41.896-0

Corpore ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº

NotreDame Intermédica

ANS nº 35.901-7

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 orientado 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) Agravo: 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. Às doenças ou lesões declaradas nesta Declaração de Saúde é oferecida Cobertura PArcial - CTP 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, prolapsos, entre outras)?					
2.	Doenças das veias e artérias (varizes, tromboses, aneurismas, hemorróidas, 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 períneo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, entre outras)?					

Av. Angélica, 321 | 13º andar | 01227-000 | São Paulo | SP 11 2124 1888 / 0800 771 4799 corporeadministradora www.corporeadministradora.com.br

Data de Vigência:

Data de Vencimento:

Item	Perguntas	Tit.	Dependentes 1	2	3	4
20.	Doenças da pele (psoríase, dermatite, alergias, pintas escuras, marcas de nascença, quelóides, queimaduras,entreoutras)?					
21.	Doenças infecto-contagiosas (hepatites A, B, C, D e/ou E, tuberculose, entre outras)?					
22.	Doenças ortopédicas (artrose, hérnia de disco, fraturas, placas, parafusos, desvio na coluna, tendinite, bursite,osteoporose, amputação, entre outras)?					
23.	Sobrepeso, obesidade?					
24.	Doença ou lesão não mencionada acima?					
25.	Alguma internação realizada ou indicada cirurgia prévia, parto normal ou cesariana, realizou algum transplante ou biópsia, tem sequela de algum acidente?					

26.	Informe o peso	Titular	Dep (1)	Dep (2)	Dep (3)	Dep (4)
27.	Informe a altura	Titular	Dep (1)	Dep (2)	Dep (3)	Dep (4)

Caso o titular e/ou seu(s) dependente(s) apresente(m) alguma das situações anteriores, especifique a razão da mesma (informe datas, tratamentos, situação atual e tudo o mais que considerar importante para avaliação médica e o código do dependente). Se dispuser de relatório médico, exames ou laudo de exames ou cirurgias a respeito da doença referida, junte a esta Declaração de Saúde.

Item	Cód. Tit / Dep	Data / Evento - Descrição / Esclarecimento	Uso da operadora

Eu, proponente titular, declaro que:

☐ Entendi o conteúdo de todas as perguntas da Declaração de Saúde e dispensei orientação médica para respondê-las, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas.

Autorizo a operadora a solicitar a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, exames, prontuários e informações necessárias para a elucidação de qualquer assunto que se relacione com a presente Declaração de Saúde.

As informações de saúde relativas a mim e a meu(s) dependente(s) são verdadeiras e completas, e que foram espontaneamente fornecidas, estando ciente de que a omissão de fatos e/ou o preenchimento incorreto desta declaração poderá acarretar as consequências previstas na legislação de rescisão contratual e de responsabilidade do beneficiário por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso venha a ser comprovada junto a ANS.

Local e data	Assinatura do Beneficiário Titular ou Responsável Legal	Médico / Carimbo C.R.M.

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

ANS nº 41.896-0

Corpore ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº

NotreDame Intermédica

ANS nº 35.901-7

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), enteados, 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 n° 9.656/98 e nas normas regulamentares da ANS e as contratuais

Av. Angélica, 321 | 13º andar | 01227-000 | São Paulo | SP 11 2124 1888 / 0800 771 4799 corporeadministradora www.corporeadministradora.com.br

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.

Av. Angélica, 321 | 13º andar | 01227-000 | São Paulo | SP 11 2124 1888 / 0800 771 4799 corporeadministradora www.corporeadministradora.com.br

19. 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.

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 n°44.649.812/0001-38 - e na ANS sob o n° 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.

ANS nº 41.896-0

Corpore ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº

NotreDame Intermédica

ANS nº 35.901-7

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 Proponete - Tit. Responsável

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

Av. Angélica, 321 | 13º andar | 01227-000 | São Paulo | SP 11 2124 1888 / 0800 771 4799 corporeadministradora www.corporeadministradora.com.br

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

Av. Angélica, 321 | 13º andar | 01227-000 | São Paulo | SP 11 2124 1888 / 0800 771 4799 corporeadministradora www.corporeadministradora.com.br

Corpore Administradora ANS nº 41.896-0 | NotreDame Intermédica ANS nº 35.901-7 | Interodonto ANS nº 31.750-1

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.

ANS 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

NotreDame Intermédica

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 Agravo, 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. 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 º 162/2007.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, 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 Agravo.
		Coletivo por Adesão	
		É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, 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 congênere, 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

NotreDame Intermédica

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

		Página do Contrato
CONTRATAÇÃO	Determina se o plano destina-se à pessoa física ou jurídica. A contratação pode ser Individual/Familiar, Coletivo por Adesão ou Coletivo Empresarial.	
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL	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.	
PADRÃO DE ACOMODAÇÃO	Define o padrão de acomodação para o leito de internação nos planos hospitalares; pode ser coletiva ou individual.	
ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA E ATUAÇÃO	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.	
COBERTURAS E PROCEDIMENTOS GARANTIDOS	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.	
EXCLUSÕES DE COBERTURAS	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.	
DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES (DLP)	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.

ANS 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:

Itaú | Bradesco

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)