ANS nº 41.896-0

Corpore ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS

PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº

São Cristóvão saúde

ANS nº 31.421-8

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 | 4- Outros

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

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

v.janeiro.2019
Reajuste mês base: maio

PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº

Data de Vigência:

Data de Vencimento:

4. CONTRATAÇÃO DE PLANO

Atenção: Verifique a disponibilidade do plano de saúde pretendido conforme a entidade indicada. Todos os dependentes serão cadastrados na mesma categoria de plano do proponente titular.

Assinale abaixo o plano pretendido	Nome do Plano	Nr. Registro ANS	Acomodação	Abrangência Geográfica
	São Cristóvão Adesão Leste	479.144/17-4	Enfermaria	São Paulo (*)
	São Cristóvão Adesão Leste	479.145/17-2	Apartamento	São Paulo (*)
	São Cristóvão Adesão São Paulo	479.142/17-8	Enfermaria	São Paulo
	São Cristóvão Adesão São Paulo	479.143/17-6	Apartamento	São Paulo

(*) Este produto atende a Zona Leste de São Paulo

5. RECIBO DE 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 16 da página 09.

Valor total em R$

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

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

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

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

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

7. DECLARAÇÃO

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para a 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 1.

PERÍODO DE ADESÃO

DATA DE ADESÃO	DATA DE VIGÊNCIA	VENCIMENTO
De 01 a 15 De 16 a 31	Dia 01 do 1º mês subsequente Dia 15 do 1º mês subsequente	Dia 01 Dia 15

Respeitando os devidos prazos de movimentações, estabelecidos entre a Operadora e Administradora.

8. PLANO REFERÊNCIA

De acordo com a Lei nº 9.656, artigo 12, § 2º, que institui a disponibilidade pela Operadora do Plano Referência, pela presente declaro que tenho conhecimento do Plano Referência acima explicado, que me foi oferecido pela **ASSOCIAÇÃO DE BENEFICÊNCIA E FILANTROPIA SÃO CRISTÓVÃO**, classificada como Operadora filantrópica no segmento de Medicina de Grupo, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob nº 31.421-8, estabelecida na Rua Américo Ventura, 123 - Mooca - CEP 03128-020 - São Paulo/SP, inscrita no CNPJ/MF sob nº 60.975.174/0001-00, doravante designada CONTRATADA.

9. 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

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

Em cumprimento à RN 162/2007, seguem informações importantes para o preenchimento da Declaração de Saúde, a saber:

1. DEFINIÇÕES:

a) Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) - aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art.11 da Lei n°9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art 4° da Lei n° 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução (art. 2°, inciso I, da RN 162/2007 - ANS).

b) 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 privado de assistência à 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 (art. 2°, inciso II e art. 10, inciso I, ambos da RN 162/2007 - ANS).

c) Agravo - qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à 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 (art. 2°, inciso III e art. 10, inciso II, ambos da RN 162/2007 - ANS)

d) Entrevista Qualificada - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações. (Art. 5º, §3º, da RN 162/2007 – ANS).
Observação: é facultado o oferecimento ou não do Agravo, como opção à CPT, conforme o art.6°, paragrafo 1°, da RN 162/2007

2. ATENÇÃO:

2.1. A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes (DLP), como sendo aquelas que o próprio Proponente tenha conhecimento, ou seja, saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação (art. 10, parágrafo único, da RN 162/2007), em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

2.2. No preenchimento dessa Declaração de Saúde, o Proponente deverá informar o conhecimento de DLP, quando da assinatura do contrato/proposta de adesão, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato/proposta de adesão (art. 5°, caput, da RN 162/2007 - ANS).

2.3. A omissão de informação sobre a existência da doença ou lesão preexistente da qual o Proponente saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do Contrato. Nesse caso, o Proponente será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida a partir da data em que tiver recebido comunicação ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

2.4. O Proponente tem o direito de preencher o formulário de Declaração de Saúde:
a) mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à rede própria ou credenciada da SÃO CRISTÓVÃO sem qualquer ônus (art. 5°, parágrafo 1°° e art 10, inciso III, ambos da RN 162/2007 - ANS); ou
b) mediante orientação de médico não pertencente à rede própria ou credenciada da SÃO CRISTÓVÃO, podendo ser médico de sua confiança, desde que assuma as despesas financeiras da entrevista/honorários do médico escolhido (art. 5°, parágrafo 2° e art 10, inciso III, ambos da RN 162/2007 - ANS)

2.5. Caso seja declarada alguma Doença ou Lesão Preexistente (DLP), o plano de saúde estará sujeito a Cobertura Parcial Parcial Temporária (CPT).

2.6. Identificação indício de fraude por parte do Proponente (beneficiário titular) - itens 4 e 5 da Declaração de Saúde, página 7 - referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), por ocasião da contratação o adesão ao plano privado de assistência à saúde, será comunicado imediatamente a alegação de omissão de informação através do Termo de Comunicação ao Beneficiário, conforme descrito no art.18, inciso V, da RN 162/2007, podendo a Operadora:
I - oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde; ou
II - oferecer o Agravo, na forma do art. 7° da RN 162/2007; ou
III - solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, quando da identificação do indício de fraude, ou após recusa do beneficiário à CPT.

2.7. Após decisão sobre o processo de apuração de omissão de DLP na ANS, poderá ocorrer a suspensão ou cancelamento do contrato/adesão. Nesse caso, o proponente (beneficiário titular) ficará responsável pelo pagamento de eventuais despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão preexistente (DLP) omitida.

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

PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº

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 a 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 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 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 ESTA DOENÇA OU LESÃO.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o 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 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 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 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 as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: **www.ans.gov.br** - Perfil Beneficiário. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.**

Beneficiário

_____ , ____/____/____
Local Data

Nome: _____

Assinatura: _____

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____ , ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

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

PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº

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

PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº

Data de Vigência:

Data de Vencimento:

Preencher com S (sim) ou N (não).
Válida para titular e dependentes. Deverá ser preenchida obrigatoriamente pelo beneficiário titular.

Item	Perguntas	Titular	Dependentes				
			1	2	3	4	5
1	Encontra-se, no momento, afastado do trabalho?						
2	Doença do coração (infarto, insuficiência cardíaca, angima, arritmias, etc)						
3	Doença no sistema circulatório (pressão alta, varizes, trombose, aneurisma, etc)						
4	Doença neurológica (derrame, aneurisma, dores na cabeça, desmaios, convulsões, epilepsia, paralisias, enxaqueca, etc)						
5	Doença renal (pedras, insuficiência renal, cólicas renais, nefrite, nefrose, etc)						
6	Doença pulmonar (asma, bronquite, doença pulmonar obstrutiva crônica-DPOC, enfisema, etc)						
7	Doença dos ossos (osteoporose, fraturas, raquitismo, etc)						
8	Doença nos nervos ou psiquiatricas (esquizofrenia, depressão, ansiedade, etc)						
9	Doença das glândulas (tireoide, diabetes, outras doenças hormonais, etc)						
10	Doença do aparelho digestivo (úlceras, gastrite, icterícia, colecistite, pedras na visícula, cirrose, pancreatite, diarréia crônica, hemorróidas, hemerragia digestiva, hepatite, fibrose cística do pâncreas, etc)						
11	Hernia de qualquer tipo (umbelical, diafragmática, inguinal, incisonal, escrotal, etc)						
12	Doença no sangue (anemias, leucemia, purpura, linfoma, etc)						
13	Doença no ouvido, nariz e garganta (sinusites, desvio de septo, otites, adenóides, amigdalites, etc)						
14	Doença reumatológica (artrite, artrose, febre reumática, reumatismo, lupus, etc)						
15	Doença nas mamas (nódulos, caroços no seio, hipertrofia mamária / ginecomastia, etc)						
16	Doença ginecológica (cisto de ovário, miomas, endometriose, sangramentos persistentes, doença de períneo, bexiga caída, perda de urina aos esforços, etc)						
17	Doença urológica (fimose, testículos fora da bolsa, próstata, hidrocele, dificuldade para urinar, sangramento na urina, infecção urinária frequente, etc)						
18	Doença no olhos (catarata, glaucoma, pterígio, cegueira, miopia, astigmatismo, presbiopia, vista cansada, etc)						
19	Doença infecto contagiosa (chagas, malária, AIDS, hepatite, turbeculose, esquistossomose, sífilis, hanseníase, febre amarela, etc)						
20	Tem algum tipo de câncer ou tumor?						
21	Faz ou fez algum tratamento de quimioterapia ou radioterapia?						

Informções Complementares		Tit.	Dependentes				
		00	01	02	03	04	05
22	Já teve dengue? Quando?						
23	Possui filhos? Quantos?						

Informe:	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5
Peso						
Altura						

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

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

PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº

Data de Vigência:

Data de Vencimento:

Item	Beneficiário	Esclarecimentos	Data do evento	Uso Plena CID

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1) No preenchimento desta Declaração de Saúde, o proponente tem a opção de ser orientado sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança, caso em que as despesas honorários serão de sua inteira responsabilidade.
2) A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o proponente tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.
3) Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, segue opção oferecida:
Cobertura Parcial Temporária (CPT) - é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data de contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionadas exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
4) A omissão de informações sobre a existência de doença preexistente de qual o proponente saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, pode acarretar a suspensão do contrato. Nesse caso, o proponente será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida.
5) Caso tenha sido declarada alguma doença ou lesão preexistente, seu plano de saúde estará sujeito a Cobertura Parcial Temporária, conforme disposto no aditivo de Cobertura Parcial Temporária, constante nesta declaração de saúde e que faz parte integrante do contrato.
Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde tendo prestado informações completas e verídicas. Concordo em que as declarações que prestei passem afazer parte integrante do contrato do plano a ser celebrado com a operadora, ficando a mesma autorizada a utilizá-la em qualquer época no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional.
Declaro ainda que tenho pleno conhecimento de que declarações não verdadeiras, incompletas e que qualquer omissão, em relação a mim e meus dependentes caracteriza comportamento fraudulento, sujeitando-me as penalidades cabíveis.
Para comprovação das declarações prestadas, autorizo, antecipadamente que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas, prestem à Contratada todas as informações sobre o meu estado de saúde e moléstias que possa sofrer ou ter sofrido, bem como resultado de exames e tratamentos instituídos, isentando-os desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ao sigilo profissional.
Condições de preenchimento

☐ Optei por ser orientado por um médico indicado pela Operadora

☐ Optei por ser orientado por um médico de minha livre escolha e confiança

☐ Dispensei a presença de um médico orientador

Declaro que as informações, por mim prestadas nesta Declaração de Saúde, são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.

Assinatura do titular

Declaro que prestei as orientações necessárias para o beneficiário titular preencher de próprio punho esta Declaração de Saúde.

Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM

_____ _____ de _____ de _____

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:

A ASSOCIAÇÃO DE BENEFICÊNCIA E FILANTROPIA SÃO CRISTÓVÃO, inscrito no CNPJ/MF sob nº 60.975.174/0001-00, isenta de Inscrição Estadual, situada à Rua Américo Ventura, 123 - Mooca - CEP 03128-020 - 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 ASSOCIAÇÃO DE BENEFICÊNCIA E FILANTROPIA SÃO CRISTÓVÃO, inscrita no CNPJ/MF sob nº 60.975.174/0001-00, 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 obstetrícia, 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.
São Cristóvão Adesão Leste: Municipal – São Paulo / SP
São Cristóvão Adesão São Paulo: Município de São Paulo / SP

5. O benefício terá início de sua utilização na data indicada no campo "Início de Vigência" da Proposta de Adesão, devidamente implantada pela Operadora.

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 enteados (as) solteiros (as) até 21 anos completos, não emancipados. I d) Os (as) filhos (as) solteiros (as) e enteados (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).

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

9. CARÊNCIAS

Tenho ciência dos prazos de carência para utilização dos benefícios, conforme tabela indicativa a seguir. Tenho ciência também que a contagem dos prazos de carência se iniciará a partir do início da vigência do contrato, no caso de BENEFICIÁRIO TITULAR, ou a partir da data de ingresso, no caso de BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES. Para efeitos de isenção de carências, deve-se observar as normas regulamentares da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e a legislação em vigor e, se houver redução de carências, deve-se observar o Aditivo de Redução de Carências, que acompanha esta Proposta;

Item	Procedimentos	Carência contratual
Grupo 1	Urgência e emergência em PS - Pronto-Socorro.	24 horas
Grupo 2	Consultas Médicas e Consultas Multiprofissionais Eletivas (psicólogo, fonoaudiólogo, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional), Raios-x sem contraste e ECG-Eletrocardiograma (simples, alta resolução e 12 canais).	30 dias
Grupo 3	Exames laboratoriais para Pesquisa e Dosagem em Ácido Láctico, Ácido Urico, Colesterol Total e Frações, (HDL, LDL, VLDL), Creatinina, Gama-Glutamil Transferase, Glicose, Potássio, Proteína C Reativa, Sódio, Transaminase Oxalacetica (Amino Transferase Aspartato), Transaminase Piruvica (Amino Transferase de Alanina), Triglicerídeos, Ureia, Hemograma com Contagem de Plaquetas ou frações (Eritrograma, Leucograma, Plaquetas, Parasitológico - Nas fezes e Rotina e Cultura de Urina (Caracteres físicos, elementos anormais e Sedimentoscopia e contagem de Colônias).	30 dias
Grupo 4	Ultrassonografia do abdômen (Inferior, superior e/ou total), Ultrassonagrafia do aparelho urinário; de estruturas superficiais ou partes moles; de globo ocular com ou sem doppler colorido; de mamas; de orgãos superficiais (tireóide, escroto, pênis ou crânio); ultrassonografia obstétrica convencional com ou sem doppler colorido; endovaginal; morfológica respeitada a DUT - Diretriz de Utilização, e de perfil biofísico fetal.	90 dias
Grupo 5	Internações Clínicas, Cirúrgicas, Neurológicas e Psiquiátricas; Micro e Pequenas Cirurgias em Nível Ambulatorial ou em Hospital Dia; Quimioterapias e Radioterapias.	180 dias
Grupo 6	Demais exames, terapias (psicologia, fonoaudiologia, nutrição, fisioterapia, terapia ocupacional), procedimentos e eventos não previstos nos Grupos 1, 2, 3, 4, 5, 7 e 8.	180 dias
Grupo 7	Parto a Termo.	300 dias
Grupo 8	Cobertura Parcial Temporária - CPT às DLP - Doenças e/ou Lesões Preexistentes, alegadas ou constatadas.	24 meses

Os exames, terapias, procedimentos e eventos descritos acima apenas terão cobertura quando previstos no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS e seus anexos, conforme normativo vigente, cessando a sua garantia de cobertura em caso de exclusão do referido Rol.

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.
11.1. Havendo necessidade de continuidade da internação para tratamento de transtornos psiquiátricos, após o decurso dos prazos previstos na legislação vigente, a Operadora se responsabilizará pelo pagamento de 50% (cinquenta por cento) sobre o valor das despesas cujos procedimentos sejam cobertos por este contrato, e o valor restante deverá ser pago pelo beneficiário titular diretamente ao prestador de serviços.
11.2. Os casos de urgência e emergência serão garantidos pela Operadora conforme determina a Resolução do Conselho de Saúde Suplementar nº 13 ou conforme normativa vigente que venha a substituí-la. Para os casos de atendimento de urgência e emergência, ocorridos dentro da área geográfica de abrangência e atuação do plano contratado, quando não for possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados, será garantido ao beneficiário o reembolso das despesas decorrentes, mediante solicitação no prazo máximo de 1 (um) ano, contado da data do evento e da entrega de toda documentação comprobatória.

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 n° 9.656/98 e nas normas regulamentares da ANS.
12.1. 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.

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 ítem 5.2 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 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.

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: São Cristóvão Adesão Leste Enfermaria: 00 a 18 anos: 0%, 19 a 23 anos: 18,91%, 24 a 28 anos: 18,74%, 29 a 33 anos: 18,81%, 34 a 38 anos: 18,76%, 39 a 43 anos: 18,79%, 44 a 48 anos: 18,89%,49 a 53 anos: 18,78%, 54 a 58 anos: 18,76%, 59 anos ou +: 51,17% / São Cristóvão Adesão Leste Apartamento, 00 a 18 anos: 0%, 19 a 23 anos: 18,88%, 24 a 28 anos: 18,72%, 29 a 33 anos: 18,83%, 34 a 38 anos: 18,77%, 39 a 43 anos: 18,78%, 44 a 48 anos: 18,82%,49 a 53 anos: 18,82%, 54 a 58 anos: 18,77%, 59 anos ou +: 51,24%. São Cristóvão Adesão São Paulo Enfermaria: 00 a 18 anos: 0%, 19 a 23 anos: 18,90%, 24 a 28 anos: 18,73%, 29 a 33 anos: 18,86%, 34 a 38 anos: 18,75%, 39 a 43 anos: 18,79%, 44 a 48 anos: 18,87%,49 a 53 anos: 18,79%, 54 a 58 anos: 18,79%, 59 anos ou +: 51,13% / %. São Cristóvão Adesão São Paulo Apartamento: 00 a 18 anos: 0%, 19 a 23 anos: 18,79%, 24 a 28 anos: 18,74%, 29 a 33 anos: 18,88%, 34 a 38 anos: 18,75%, 39 a 43 anos: 18,82%, 44 a 48 anos: 18,77%,49 a 53 anos: 18,83%, 54 a 58 anos: 18,79%, 59 anos ou +: 51,27%

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 Administradora de Benefícios que será responsável pelo envio a Operadora para adoção das medida cabíveis (cancelamento deverá ser processado de imediato, conforme RN 412, de 10 de novembro de 2016, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS), 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: 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 como o 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 SÃO CRISTÓVÃO SAÚDE, Operadora especializada em saúde, localizada Rua Américo Ventura, 123 - Mooca - CEP 03128-020 - São Paulo/SP, inscrita no CNPJ/MF sob nº 60.975.174/0001-00 - ANS sob nº 31.421-8.

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.**
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.

PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº

Data de Vigência:

Data de Vencimento:

FOLHA RETIFICADORA

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

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

PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº

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) dependete(s) indicado(s) nas páginas 01/12 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, 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.

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 São Cristóvão ANS nº 31.421-8

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

São Cristóvão saúde

Operadora: São Cristóvão Saúde
CNPJ: 60.975.174/0001-00
Nº de registro na ANS: 31.421-8
Site: www.saocristovao.com.br

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.	

<table>
<tr><td>COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)</td><td>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.</td><td colspan="2">Coletivo Empresarial</td></tr>
<tr><td></td><td>Com 30 participantes ou mais</td><td>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.</td></tr>
<tr><td></td><td>Com menos de 30 participantes</td><td>É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo.</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">Coletivo por Adesão</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravo, independente do número de participantes.</td></tr>
<tr><td>MECANISMOS DE REGULAÇÃO</td><td colspan="2">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.</td></tr>
<tr><td>REAJUSTE</td><td>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.</td><td colspan="2">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.</td></tr>
<tr><td>ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO</td><td colspan="2">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.</td></tr>
<tr><td>VIGÊNCIA</td><td>A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.</td><td colspan="2">A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.</td></tr>
<tr><td>REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO</td><td>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.</td><td colspan="2">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.</td></tr>
</table>

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

São Cristóvão saúde

Operadora: São Cristóvão Saúde
CNPJ: 60.975.174/0001-00
Nº de registro na ANS: 31.421-8
Site: www.saocristovao.com.br

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 São Cristóvão

- 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 São Cristóvão
www.saocristovao.com.br

Beneficiário da operadora de saúde São Cristóvão, acesse:
www.saocristovao.com.br
0800 770 0666