



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



A Administradora poderá realizar comunicação sobre seu Plano de Saúde através de Torpedo SMS, E-mails, Aviso de Cobrança, ou qualquer outro meio legal existente. Para tanto, é imprescindível o preenchimento de todos os campos, principalmente os dados de contato, tais como: e-mail e números de telefones, para evitarmos divergências futuras.

Data de Vigência:

Data de Vencimento:

1. IDENTIFICAÇÃO ENTIDADE

--

2. PROPONENTE TITULAR

Nome Completo:										Valor R\$	
Nome do Responsável (Quando Titular for menor)								CPF do Responsável			
Data de Nasc.		Idade	Sexo	E C	CPF		PIS/PASEP		Cartão Nacional de Saúde		
Nome Completo da Mãe:					Nome Completo do Pai:						
CEP		Rua / Av.		<input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Comercial							
Nº	Bairro			Cidade				UF			
CEP		Rua / Av.		<input type="checkbox"/> Endereço de Cobrança							
Nº	Bairro			Cidade				UF			
Telefone Residencial			Telefone Celular			Telefone Comercial		Telefone Recado			
E-mail							Operadora Anterior				

3. DEPENDENTE(S)

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
	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 Cliente

Pág. 01/15



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	Planos	Código ANS	Segmentação Assistencial	Padrão de Acomodação em Internação
<input type="checkbox"/>	GREEN CA EXCLUSIVE	482.888/19-7	Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia	Quarto Coletivo
<input type="checkbox"/>	GREEN CA EXCLUSIVE	482.885/19-2		Quarto Privativo
<input type="checkbox"/>	GREEN CA SELECT 12	475.284/16-8		Quarto Coletivo
<input type="checkbox"/>	GREEN CA SELECT 33	475.799/16-8		Quarto Privativo

5. RECIBO DE PAGAMENTO INICIAL

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 12.

Valor total em R\$

6. 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.

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.

8. PLANO REFERÊNCIA

Em complemento a esta Proposta de Adesão, declaro para todos os fins e efeitos que a Green Line Sistema de Saúde S/A, operadora de plano de assistência à saúde, devidamente registrada na ANS (Agência Nacional de Saúde) sob o nº 32.507-4, situada na Rua João Ramalho, 1.395, no município de São Paulo, em atendimento ao artigo 12, parágrafo 2º da Lei nº 9.656/98, ofertou-me o Plano de Segmentação Referência denominado Plano Green CA Ref. 01, registro ANS nº 469.415/13-5, esclarecendo a diferença com produtos de outra segmentação e de livre e espontânea vontade optei pelo plano denominado _____ de segmentação: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

Por verdade, fazendo uso de minhas próprias razões, assino a presente declaração, a qual me foi apresentada em duas vias impressas, de igual teor e forma.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

9. DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DE POSSE

Declaro que, ao preencher e assinar esta proposta de adesão, recebi via original do respectivo contrato (do qual a mesma faz parte integrante), cujos dispositivos estão devidamente cadastrados na ANS, tendo esse instrumento sido integralmente lido, entendido e aceito por mim, sem quaisquer restrições ao seu conteúdo, Guia de Leitura Contratual e Manual de Orientação ao Beneficiário.

Declaro que estou ciente de que a vigência contratual do presente contrato passa a vigorar conforme data de vigência estipulada na folha 1 da Proposta de Adesão parte integrante deste contrato.

10. DECLARAÇÃO DO PROPONENTE TITULAR (POR SI E POR SEUS DEPENDENTES)

1- Declaro, para os devidos fins e efeitos, que estou ciente e de acordo com todas as condições contratuais, inclusive quanto aos prazos de carências, não tendo quaisquer dúvidas com relação à sua aplicação.

2- Declaro, para todos os fins e efeitos, que tenho pleno conhecimento de que a eventual redução de prazos de carências, concedida pela operadora, não alterará as demais condições contratuais, principalmente aquelas relativas às limitações de cobertura e exclusões.

3- Declaro, para todos os fins, em meu nome e de meus dependentes, que estou ciente de que a cobertura para o tratamento e Lesões Preexistentes, inclusive as congênitas, por mim relatadas na Declaração de Saúde com ou sem Entrevista Médica Qualificada ou constatada posteriormente, observado o prazo de 24 meses da data de adesão, estará sempre sujeita a Cláusula de Cobertura Parcial Temporária - CPT.

4- Declaro, ainda, que estou ciente de que se no prazo de 24 (vinte e quatro meses) a contar desta data, ficar comprovado que as informações por mim prestadas, nesta proposta ou na declaração de saúde, não forem verdadeiras e completas, contendo omissão de circunstâncias que possam ter influenciado nas condições de aceitação desta proposta ou no cálculo da mensalidade, ficará caracterizado comportamento fraudulento.

5- Declaro, por fim, que estou ciente de que o plano de assistência à saúde objeto deste contrato, independentemente de sua denominação e de seu nível de cobertura, é o somatório do plano ambulatorial mais o plano hospitalar com obstetrícia.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

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 impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.

No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, endoscopia, etc.)* EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.

Não haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistentes declarada, desde que cumpridos os prazos de carência estabelecidos no contrato.

Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doenças ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO!

Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO É CARÊNCIA! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário.

BENEFICIÁRIO

Local _____ / _____ / _____

Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

Local _____ / _____ / _____

Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

ATENÇÃO:

Perguntas a serem respondidas Sim (S) ou Não (N), de próprio punho pelo beneficiário titular, em seu nome e de seus dependentes.

Beneficiário Titular:		CPF nº				
Médico Orientador:		CRM nº				
Item	Perguntas	Titular	Dependentes			
			1	2	3	4
1	Doenças do coração (infarto, insuficiência cardíaca, angina, arritmias, cardiopatia congênita, doença valvar, entre outras).					
2	Problemas circulatórios (pressão alta, varizes, trombose, aneurisma e outros).					
3	Doenças neurológicas (derrames, aneurisma, convulsões, epilepsia, esclerose múltipla, entre outras).					
4	Problemas de rins (litíase renal - pedras, insuficiência renal, cólicas renais, nefrites, nefrose e outros).					
5	Doenças do pulmão (asma, bronquite, doença pulmonar obstrutiva crônica - DPOC, enfisema e outras).					
6	Doenças dos ossos (osteoporose, fraturas, raquitismo, entre outras).					
7	Doenças psiquiátricas (esquizofrenia, depressão, ansiedade, alcoolismo, dependência química - drogas, distúrbio bipolar e outras).					
8	Doenças das glândulas (Hipo/Hipertireoidismo, diabetes, outros problemas hormonais, obesidade, entre outras).					
9	Doenças do aparelho digestivo (úlcera, gastrite, icterícia, colecistite, pedras na vesícula, cirrose, pancreatite, diarreia crônica, hemorroidas, hemorragia digestiva, hepatite, fibrose cística do pâncreas, colite, diverticulite e outras).					
10	Problemas de hérnias de qualquer tipo (umbilical, diafragmática, inguinal, incisional, escrotal, recidivante e outros).					
11	Doenças de sangue (anemia, leucemia, púrpura, linfoma, talassemias e outras).					
12	Doenças reumatológicas (artrite, artrose, febre reumática, reumatismo, lupus, entre outras).					
13	Problemas de ouvido, nariz e garganta (amigdalite, sinusite, desvio de septo, otite, adenóide, ronco, surdez e outros).					
14	Doença de coluna (escoliose, cifose, lombalgia, hérnia de disco e outras).					
15	Doença de mamas (nódulos/caroços no seio, hipertrofia mamária/ginecomastia e outras).					
16	Doenças ginecológicas (cisto de ovário, miomas, endometriose, sangramentos persistentes, problemas de períneo, incontinência urinária - perda de urina aos esforços, entre outras).					
17	Doenças urológicas (fimose, testículos fora da bolsa, tumor ou adenoma de próstata, doença de peyronie, hidrocele, e outras).					
18	Doenças nos olhos (catarata, glaucoma, deslocamento de retina, pterígeo, cegueira, miopia, astigmatismo, presbiopia, entre outras).					
19	Sofre de algum câncer ou tumor?					
20	Doenças infectocontagiosas (chagas, malária, aids, hepatite, tuberculose, esquistossomose, HPV, sífilis, hanseníase, febre amarela e outras).					
21	Sofre de má formação congênita, deformidade ou anomalia cromossômica?					
22	Sofre de lesão provocada por causa externa ou dermatológica (cicatrizes, quelóide, queimadura, trauma, hemangiona, tumor de pele, ou outras).					
23	Tem alguma outra doença ou lesão não descrita acima?					



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

Informe	Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4
Peso					
Altura					

DECLARAÇÃO DE SAÚDE (Continuação)

Se a resposta de algum item foi positiva (»SIM«), informar o motivo, indicando o item (número), o beneficiário (titular ou dependente), a data do evento (mês/ano) e esclarecer cada situação de forma individual.

Item	Cód. Titular Dependente	Data do Evento	Esclarecimentos

ANEXO DA PROPOSTA DE ADESÃO - DECLARAÇÃO DE SAÚDE

- Antes de preencher esta Declaração de Saúde, o beneficiário deve ler atentamente a Carta de Orientação ao Beneficiário, que deverá datar e assinar.
 - A proposta de Adesão será analisada desde que o Beneficiário Titular assine a Carta de Orientação ao Beneficiário.
- No preenchimento da declaração de saúde, o beneficiário titular poderá optar por:
 - Ser orientado, sem ônus financeiro, por médico indicado pela Operadora;
 - Ser orientado por um médico de sua livre escolha, caso em que as despesas com honorários serão de sua exclusiva responsabilidade.
 - Dispensar a presença do médico orientador.
- Sendo constatada, por perícia ou na entrevista qualificada ou através da declaração do beneficiário, a existência de doença ou lesão que possa gerar necessidade de eventos cirúrgicos, de uso de leitos de alta tecnologia e de procedimentos de alta complexidade, a operadora oferecerá, obrigatoriamente, CPT, considerando-se:
 - Cobertura Parcial Temporária(CPT) - Como aquele que admite, por período 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.
- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o beneficiário titular seja conhecedor no momento do preenchimento desta declaração de saúde caracterizará comportamento fraudulento, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão da cobertura unilateral do Contrato.
 - Se, no prazo de até 24(vinte e quatro) meses, for constatada a omissão referida no item 4., a operadora, de imediato, notificará o beneficiário titular dessa constatação, através do **Termo de Comunicação ao Beneficiário**, podendo oferecer, obrigatoriamente, CPT pelos meses restantes.
 - Caso o beneficiário titular não aceite a CPT, a operadora solicitará abertura de processo administrativo junto à ANS.
 - Até decisão da ANS, a operadora não poderá suspender o contrato nem o atendimento, contudo, havendo a ANS acatado as argumentações da operadora, a fraude (omissão de informação) estará comprovada, o que acarretará em rescisão unilateral do contrato e em responsabilidade do beneficiário titular pelo ressarcimento à operadora de todas as despesas realizadas com o tratamento da(s) doença(s) e/ou da(s) lesão(ões) omitida(s), desde a data que tenha recebido o Termo de Comunicação ao **Beneficiário**.

Opção 1: (Não assinar esta opção caso tenha assinado na opção nº 2)

Declaro que abri mão do profissional que me foi oferecido para orientação no preenchimento desta Declaração de Saúde, bem como que estou ciente de que a comprovação, no prazo de até 24 (vinte e quatro) meses, da omissão de fatos ou circunstâncias, que possam ter influído na efetivação da proposta de adesão, caracterizará comportamento fraudulento.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

Opção 2: (Não assinar esta opção caso tenha assinado na opção nº 1)

Declaro que fui orientado(a) no preenchimento desta Declaração de Saúde por:

() Médico credenciado pela operadora () Médico particular

Estando ciente que, no caso de opção por médico particular, as despesas decorrentes são de minha exclusiva responsabilidade.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

MÉDICO ORIENTADOR

() Credenciado pela operadora () Particular

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

Assinatura do médico sob carimbo (com nome, CRM)

USO EXCLUSIVO DA OPERADORA

Especificação técnica das doenças e lesões preexistentes declaradas

Beneficiário	Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4
Cobertura Parcial Temporária (código)					
IMC					

Observações:

Responsável: _____ Código: _____ Assinatura: _____



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

DECLARAÇÃO DE COBERTURA PARCIAL PARA DOENÇAS/LESÕES PREEXISTENTES

Pela presente declaração e, em conformidade com a legislação vigente (Lei 9656/98) e Resolução Normativa nº 162 e 211, em razão das informações sobre a doença e/ou lesões preexistentes declaradas pelo Beneficiário Titular, ou pelo Representante Legal, na DECLARAÇÃO DE SAÚDE, do Contrato acima enumerado, ou em caso de apuração de doença e/ou lesões preexistentes em avaliação médica ou perícia dica acordado, entre as partes, a adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária, nas seguintes condições:

1. Haverá um prazo de cobertura parcial temporária de 24 (vinte e quatro) meses a partir da vigência do contrato principal, durante o qual, as doenças e lesões preexistentes e suas consequências, do titular para si e para seus dependentes, individualmente, não terão cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos e exames de alta complexidade e internações em unidades de tratamento intensivo (leitos de alta tecnologia) assim definidos pela ANS, de acordo com o estabelecimento no ROL de Procedimentos para uso de alta complexidade. As internações e procedimentos não incluídos nas condições acima descritas terão sua liberação dentro dos prazos normais de carência estabelecidas na cláusulas de acordo com as eventuais reduções de carência praticadas e estabelecidas em Aditivo de Redução de Carências

DECLARAÇÃO DE COBERTURA PARCIAL PARA DOENÇA/LESÕES PREEXISTENTES

ND*	Nome do Beneficiário	ND*	Esclarecimentos	CID

*ND: Número do dependente de acordo com ordem dom Contrato.

2. São considerados leitos de alta tecnologia os leitos de UTI / CTI / Unidades Especiais (Coronária, Queimados, Isolamento, Oncologia e Renais) e procedimentos/exames de alta complexidade aqueles relacionados no ROL de Procedimentos da ANS e relacionados no grupo de Contrato.

3. Eu _____
tenho ciência da veracidade das informações neste ato prestadas a esta operadora, sendo de minha inteira responsabilidade eventual omissão.

4. Por estarem ciente e concordarem com o período de cobertura parcial temporária declaradas ou apuradas em entrevista qualificada, ambas as partes assinam o presente instrumento.

Local e Data

Assinatura do Proponente Titular / Responsável

Assinatura do Médico sob carimbo



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



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, 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 GREEN LINE SISTEMA DE SAÚDE LTDA., inscrita no CNPJ/MF sob n.º 61.849.980/0001-96 e na ANS sob n.º 32.507-4, 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

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

4. Área Geográfica de Abrangência dos Planos de Saúde

A área de abrangência geográfica dos planos de saúde regulados por este contrato constitui-se por municípios e grupos de municípios do Estado de São Paulo, cuja amplitude varia de acordo com cada plano, na forma a seguir:

- Plano Exclusive CA QC / Exclusive CA Q9 - Somente rede própria da GreenLine, localizados no estado de São Paulo.

- Plano Green CA Select 12 QC / Green CA Select 33 QP - Municípios de São Paulo, Guarulhos, Mauá, Osasco e São Bernardo do Campo, todos localizados no estado de São Paulo.

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

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

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

A inclusão deverá respeitar o prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento, adoção, matrimônio ou do início do convívio em comum para aproveitamento da carência do titular, desde que apresentada a documentação pertinente e cumprimento ou não do prazo de carência, conforme estabelecido no Contrato Coletivo Empresarial por Adesão.

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

9. 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 Anexo V do TAO (Termo de Acordo Operacional) da operadora, representada no quadro cobertura da próxima página.

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

	Coberturas	Prazos
0	Atendimentos nos casos de emergência ou de urgência, caracterizados nos termos do artigo 35-C, inciso I ou II, da Lei nº 9.656/98 e Resolução CONSU Nº 13. a) Atendimento em Pronto Socorros gerais ou especializados, nos casos de emergência (independentemente da causa), ou nos casos de urgência (quando resultantes de Acidente Pessoal ou de Complicações do Processo Gestacional), que impedem em risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente. b) Atendimento e internações em casos de Acidente Pessoal.	24 horas
1	Além dos Procedimentos descritos no item anterior, o Beneficiário adquire o direito à: a) atendimentos, em Prontos-Socorros gerais ou especializados, nos casos em que não se configure risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente.	30 dias
2	Além dos Procedimentos descritos no item anterior, o Beneficiário adquire o direito à: a) Consultas Médicas eletivas. b) Exames, realizados em regime ambulatorial, de: Análises Clínicas e Radioimunoensaio, Citopatologia e Anatomopatologia, Eletrocardiografia, Eletroencefalografia Simples, Exame de Liquor, Exames Radiológicos Simples e Contrastados do Aparelho Digestivo e Urinário, Amniocentese, Colposcopia / Vulvosscopia / Penoscopia e Colpaciologia Oncótica, Exames Simples em Oftalmologia (motilidade ocular, fundoscopia e tonometria de aplanção). c) Procedimentos relacionados a: Cauterização de Colo de Útero, Otorrinolaringologia (lavagem de ouvidos, Remoção de Cerúmen, Cauterização Nasal).	60 dias
3	Além dos Procedimentos descritos no item anterior, o Beneficiário adquire o direito à: a) Exames realizados em regime ambulatorial de: Testes e Provas Alérgicas, Exames Especiais em Oftalmologia (Curva Tensional Diária, Campimetria, Mapeamento de Retina, Testes e Adaptação de Lentes de Contato, Tonometria, Tomografia), Exames Simples em Otorrinolaringologia (Audiometria e Impedanciometria Simples), Exames de Neurofisiologia (Eletroneuromiografias e Potenciais Evocados), Endoscopias Digestivas Alta e Baixa (Esofagogastrodenoscopia, Colonoscopia, Retossigmoidoscopia), Endoscopias Respiratórias (Broncoscopias, Laringoscopias, Traqueoscopias), Endoscopias Urológicas (Cistoscopias, uretroscopias, Ureteroscopias), Holter, Mamografia, Provas de Função Respiratória, Perfil Biofísico Fetal, Teste Ergométrico, Tococardiografias e Ultrassonografia. b) Procedimentos terapêuticos, realizados em regime ambulatorial de: Biópsias em nível ambulatorial, Fisioterapia e Reabilitação Física, Infiltrações e Punções Articulares, Massagem Prostática, Procedimentos ambulatoriais porte zero em Dermatologia, Procedimentos terapêuticos ambulatoriais não cirúrgicos em Ginecologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Ortopedia e Traumatologia.	90 dias
4	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Exames Especiais de: Ecocardiograma Simples e com Doppler, Exames em Angiologia com Doppler, Fluxometria e Investigação Vascular Ultra-sônica. Exames Especiais em Oftalmologia (Retinografias Fluoresceinografia, Potencial Evocado, Biometria e Paquimetria Ultra-sônica, Topografia Corenana, Microscopia Especular de Córnea, Betaterapia para Pterígio), Exames especiais em Otorrinolaringologia (Testes Vestibulares, Otoneurológico, Audiometria com Mensagem Competitiva, Audiometria Cortical, Eletrococleografia, Eletroneurografia, Pesquisa de Potenciais Auditivos de Tronco Cerebral, Registro de Nistagmo Pendular, Teste de Glicerol) Monitorização de Pressão Arterial Ambularial - MAPA, Provas Urodinâmicas.	150 dias
5	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Internações Clínicas em Pediatria, Clínica Geral e Especializada.	180 dias
6	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Internações cirúrgicas, eletivas ou de urgência/emergência nas especialidades de: Cirurgia do Aparelho Digestivo/Orgãos Anexos/Parede Abdominal e Proctologia, Cirurgia Ginecológica e Obstétrica (exceto Parto), Cirurgia Otorrinolaringológica, Cirurgia Oftalmológica, Cirúrgica Infantil.	180 dias
7	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Exames de: Angiografia, Arteriografias, Artroscopias, Genética Médica, Densimetria Óssea, Exames Cardiovasculares em Medicina Nuclear Diagnóstica e Imunocintilografia, Ressonância Magnética, Medicina Nuclear, Radiosótopos e Cintilografias, Mielografias, Neuroradiologia, Radiologia Intervencionista, Radiologia Especial, Radiologia Digital, Tomografia Computadorizada e Xerorradiografias.	180 dias
8	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Internações cirúrgicas, eletivas ou de urgência/emergência, nas especialidades de: Angiologia e Cirurgia Vascular, Cirurgia Endocrinológica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Ortopédica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço.	180 dias
9	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Procedimentos de: Hemodinâmica Coronariografias, Cinecoronariografias e Angioplastias. b) Procedimentos de: Radioterapia, Quimioterapia, Diálise e Hemodiálise, Acupuntura. c) Consultas/Sessões de Psicoterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional e Nutrição.	180 dias
10	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Internações Cirúrgicas, Eletivas ou de Urgência/Emergência em Oncologia, Cirurgia Cardíaca, Neurocirurgia, Cirurgia para Obesidade Mórbida e Cirurgia para Mioopia e Astigmatismo.	180 dias
11	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Internações Clínicas em casos de Doenças Infecto-Contagiosas, incluindo AIDS e suas consequências.	180 dias

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

12	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Procedimentos e internações, clínicas ou cirúrgicas, relacionadas a transplantes (rim e córnea, além dos transplantes autólogos listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS e outros, cuja cobertura venha a ser prevista no Referido Rol) ou implantes e suas consequências, tratamento cirúrgico das epilepsias, tratamento pré-natal das hidrocefalias e cistos cerebrais. b) Cirurgias essterilizantes (Vasectomia e laqueadura tubária), colocação de DIU.	180 dias
13	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à: a) Internações e tratamento ambulatoriais em casos de Psiquiatria e Dependência Química, assim como tratamento psicoterápico de crise em Psiquiatria.	180 dias
14	Além dos Procedimentos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito à Beneficiária, titular ou dependente, adquire o direito à: a) Cobertura de Partos a Termo	300 dias

Cobertura Parcial Temporária - CPT é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência a saúde.

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

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

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

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

14. A data de vencimento do pagamento do valor mensal, bem como sua forma, serão aquelas indicadas na Proposta de Adesão, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal e acréscimo e mora de 1% ao mês (0,033 ao dia) sobre o valor do débito em atraso. No período de inadimplência, poderá ocorrer a suspensão automática das coberturas, cuja utilização somente será restabelecida em até 72 horas, a partir da quitação do (s) valor (es) pendentes (s) e devida compensação bancária, acrescido (s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto no item 20 desta Proposta.

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

16. Reajuste (Conforme Cláusula 14 do TAO (Termo de Acordo Operacional), 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 JULHO 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 (Cláusula 14 do TAO – Termo de Acordo Operacional), 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: 00 a 18 anos: 0,00%, 19 a 23 anos: 25,00%, 24 a 28 anos: 15,00%, 29 a 33 anos: 9,99%, 34 a 38 anos: 10,00%, 39 a 43 anos: 15,00%, 44 a 48 anos: 30,00%, 49 a 53 anos: 25,00%, 54 a 58 anos: 20,00% e 59 anos ou +: 53,00%.



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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

19. A perda da qualidade de Beneficiário dar-se-á em um dos seguintes casos: - Titular a) rescisão deste Contrato; b) cessação do vínculo entre o Beneficiário Titular e a Contratante; a não comprovação a cada ano quando solicitado pela sua operadora e/ou administradora de benefícios (através de e-mail, correspondência, ou qualquer outro meio legal existente), que permanece inscrito no órgão competente e que está em regular exercício da sua atividade empresarial perante a Receita Federal, com aviso de 60 dias de antecedência e neste prazo não comprove a regularidade do seu registro nos órgãos competentes; c) constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente; d) solicitação expressa do Beneficiário Titular à Contratante (que deverá ser processado de imediato, conforme RN 412), ou qualquer outra condição de perda da condição de elegibilidade prevista neste contrato; e) exclusão do Beneficiário Titular do Contrato; f) constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Dependente, apurada de acordo com a legislação vigente; g) falecimento do titular.

20. Os benefícios poderão ser cancelados: 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 o 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.

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

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. Fica estabelecido que serão suspensos os serviços prestados aos Beneficiários da CONTRATANTE, caso haja atraso superior a 30 (trinta) dias no pagamento das mensalidades, ressalvados os atendimentos àqueles que estejam internados antes da suspensão.

24. A responsabilidade pela coberturas contratuais é da GREEN LINE SISTEMA DE SAÚDE LTDA., operadora especializada em saúde, localizada na Rua João Ramalho, 1395 - Bairro Perdizes, Município de São Paulo, Estado de São Paulo - inscrita no CNPJ/MF sob nº 62.550.256/0001-20 - e na ANS sob o nº 32.507-4.

25. 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.

26. 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.

27. 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.

28. 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 carências, 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.

29. Verifique as Exclusões de Cobertura na Cláusula 5, no Contrato Coletivo por Adesão.

30. 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.

31. O Foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente proposta é do meu domicílio.

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	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	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	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	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde		

Códigos para indicação de Estado Civil (E C):
1- Solt. | 2- Cas. | 3- Sep. Jud. | 4- Divorc. | 5- Viúvo

Códigos para indicação de Grau de Parentesco (parente):
1- Cônj. | 2- Filho | 3- Pais | 4- Comp. | 5- Tut.

*Para nascidos a partir de 01/10/10

Taxa de inscrição (R\$)	Total da mensalidade (R\$) (Mensalidade do titular + dependentes)	Total da proposta (R\$)

Local e Data

Ass. do Proponente - Tit. Responsável



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



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) nas páginas 01/15 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.greenlinesaude.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.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal



Prezado(a) Beneficiário(a)

A nossa missão é oferecer, sempre, o melhor atendimento a sua saúde e de sua família. Para isso, somos parceiros de algumas das empresas mais conceituadas e qualificadas do setor assistencial.

Use bem para usar sempre!

Sempre pensando em oferecer o melhor a você, a Corpore preparou um checklist para te ajudar a “usar bem para usar sempre”!



Assuntos referentes a Administradora Corpore

Sobre os pagamentos:

Os boletos somente serão emitidos pelos bancos:



dentro do vencimento. Após a data, a 2ª via, COM OS VALORES CORRIGIDOS, deverá ser atualizada junto ao banco emissor.

Caso não receba os boletos, sugerimos verificar:

- Tipo de conta bancária (DDA)
- Atualização de cadastro

Estamos à disposição para quaisquer informações.

 corporeadministradora.com.br

 Informe de rendimentos

 Inclusão de dependentes

 Emissão de carteirinhas (mesmo antes de receber a carteirinha no endereço cadastrado, você receberá a numeração, via e-mail, facilitando a utilização imediata dos serviços contratados conforme carências contratuais)

 Esclarecimentos sobre detalhes do seu contrato de adesão ao plano

 Data de vencimento dos boletos

 Informações sobre pagamento de mensalidades

 Tempo de carências

 Informações sobre rescisão do plano

 Dúvidas sobre reajustes

Lembre-se: O seu plano coletivo por adesão inicia a partir da data de vigência do contrato, localizado na primeira página do documento, caso esteja em branco, entre em contato e verifique também junto ao seu consultor

 0800 771 4799 ou 11 2124 1888.

Assuntos referentes a Operadora GreenLine



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 GreenLine
www.greenlinesaude.com.br



Beneficiário da operadora de saúde GreenLine, acesse:

 www.greenlinesaude.com.br

 0800 776 7676