

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, inclusive: 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)

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

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
<input type="checkbox"/>	AACL 200 ADESÃO SP	481.750/18-8	Coletiva	Municipal
<input type="checkbox"/>	AACL 500 ADESÃO SP	481.749/18-4	Individual	Municipal
<input type="checkbox"/>	AACL 200 ADESÃO ABC + OSASCO	481.779/18-6	Coletiva	Grupo de Municípios
<input type="checkbox"/>	AACL 500 ADESÃO ABC + OSASCO	481.778/18-8	Individual	Grupo de Municípios

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 10.

Valor total em R\$

6. 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.

*** Segunda via das faturas estarão disponíveis no site www.corporeadministradora.com.br

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	Dia 01 do 1º mês subsequente	Dia 01
De 16 a 31	Dia 15 do 1º mês subsequente	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 – Nomenclatura Class, registro na ANS sob nº 466.018/11-8 acima explicado, que me foi oferecido pela ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS CLASSES LABORIOSAS, classificada como Operadora de Saúde no segmento de Medicina de Grupo, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob nº 34.014-6, estabelecida na Rua Rego Freitas, nº 574 - República - CEP 01220-010 - São Paulo/SP, inscrita no CNPJ/MF sob nº 61.740.791/0001-80, 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

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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 nº9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas nesta Resolução (art. 2º, 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. 2º, 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. 2º, 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.6º, paragrafo 1º, 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. 5º, 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 CLASSES LABORIOSAS sem qualquer ônus (art. 5º, parágrafo 1º 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 CLASSES LABORIOSAS, podendo ser médico de sua confiança, desde que assuma as despesas financeiras da entrevista/honorários do médico escolhido (art. 5º, parágrafo 2º e art 10, inciso III, ambos da RN 162/2007 - ANS)

c) Dispense a presença de um médico orientador

2.5. Caso seja declarada alguma Doença ou Lesão Preexistente (DLP), o plano de saúde estará sujeito a Cobertura 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 ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, será comunicado imediatamente a alegação de omissão de informação através do Termo de Comunicação ao Beneficiário utilizado, 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 ao Beneficiário utilizado, 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. 7º 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.

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 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, 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: _____

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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

- 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

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

PERGUNTAS A SEREM RESPONDIDAS (“SIM” ou “NÃO”), DE PRÓPRIO PUNHO, PELO BENEFICIÁRIO TITULAR, EM SEU NOME E DE SEUS DEPENDENTES

Item	Perguntas	Titular	Dependentes				
			1	2	3	4	5
A	Sofre de doença das veias (varizes, trombose, hemorroidas ou outra)?						
B	Sofre de doença do aparelho cardio-circulatório (angina, infarto, pressão alta, ponte de safena, sopro ou outra)?						
C	Sofre de doença endócrina ou metabólica (diabetes, tireóide, obesidade ou outra)?						
D	Sofre de doença do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, colite, doença da vesícula biliar, doença dos intestinos ou outra)?						
E	Sofre de hérnia de qualquer tipo (inguinal, umbilical, incisional ou outra)?						
F	Sofre de doença do sangue ou imunológica (anemia, púrpura, talassemia ou outra)?						
G	Sofre de doença do aparelho gênito-urinário (cálculos, infecção dos rins, insuficiência renal, doença da bexiga, doença da uretra ou outra)?						
H	Sofre de doença do sistema nervoso e cérebro-vascular (derrame, paralisia cerebral, parkinson, alzheimer, epilepsia ou outra)?						
I	Sofre de doença do ouvido, nariz e garganta (diminuição da audição, desvio do septo, sinusite, amigdalite ou outra)?						
J	Sofre de doença crônica do aparelho respiratório (asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição ou outra)?						
K	Sofre de doença ortopédica (artrose, hérnia de disco, deformidades ósseas ou outra)?						
L	Sofre de doença reumatológica (artrite, reumatismo, febre reumática, lupus ou outra)?						
M	Sofre de doença ginecológica e de mama (doença do períneo, mioma, cisto de ovário, cisto de mama, incontinência urinária ou outra)?						
N	Sofre de doença relacionada ao hiv (aids e suas complicações infecciosas ou degenerativas)?						
O	Sofre de doença ou tumoração benigna ou maligna (câncer, leucemia ou outra)?						
P	Sofre de doença infecciosa (hepatite, tuberculose ou outra)?						
Q	Sofre de doença dos órgãos genitais masculinos (doença da próstata, hidrocele, fimose ou outra)?						
R	Sofre de doença da visão (catarata, glaucoma, alterações da retina e da córnea, miopia, astigmatismo ou outra)?						
S	Sofre de doença ou transtorno mental e comportamental (retardo mental, esquizofrenia, síndromes ou outra)?						
T	Sofre de malformação congênita, deformidade e/ou anomalia cromossômica (síndrome de down, pé torto, doença cardíaca, rins policísticos ou outra)?						
U	Sofre de lesão provocada por causa externa ou dermatológica (queimadura, trauma, envenenamento, cicatriz cirúrgica, quelóide ou outra)?						
V	Faz ou fez uso habitual de álcool ou drogas?						
W	É ou foi fumante?						
X	Está ou já esteve internado?						
Y	Já foi submetido a cirurgia?						
Z	Tem alguma outra doença ou lesão não descrita acima?						

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

Se a resposta a algum item foi positiva (“sim”), informar o motivo na próxima página, indicando o item (letra), o beneficiário (titular ou dependente), a data do evento (mês/ano) e esclarecer cada situação de forma individual.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

Data de Vigência:

Data de Vencimento:

Item	Beneficiário	Data do evento	Esclarecimentos (motivo da internação, tipo de tratamento, situação atual etc.)	CID

USO EXCLUSIVO DA OPERADORA - RESULTADO DA AVALIAÇÃO MÉDICA REFERENTE A DOENÇAS E/OU LESÕES PRÉ-EXISTENTES

Beneficiário	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5
Cobert. Parcial Temporária (código)						

Observações:

 Local _____ de _____ de _____
 Data

Assinatura do Beneficiário Titular / Representante Legal

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 a fazer 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 às 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.

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

Assinatura do titular

Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

A ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS CLASSES LABORIOSAS, inscrito no CNPJ/MF sob nº 61.740.791/0001-80, isenta de Inscrição Estadual, situada na Rua Rego Freitas, nº 574 - República - CEP 01220-010 - 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 AUXILIADORA DAS CLASSES LABORIOSAS, inscrita no CNPJ/MF sob nº 61.740.791/0001-80, 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.

AACL 200 ADESÃO SP E AACL 500 ADESÃO SP: Municipal.

AACL 200 ADESÃO ABC+ OSASCO e AACL 500 ADESÃO ABC+ OSASCO: Municipal.

AACL 200 ADESÃO SP AACL 500 ADESÃO SP: Grupo de Municípios.

AACL 200 ADESÃO ABC+ OSASCO e AACL 500 ADESÃO ABC+ OSASCO: Grupo de Municípios.

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 24 anos completos, não emancipados. I d) Os (as) menores que, por determinação judicial, se encontrem sob a guarda e responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR ou sob sua tutela. I e) 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).

Data de Vigência:

Data de Vencimento:

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;

Grupo de carência	Prazo para aquisição do direito de uso	Procedimentos/Eventos Médicos e/ou Hospitalares Cobertos
0	24 (vinte e quatro) horas	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.
1	30 (trinta) dias	Além dos atendimentos descritos acima, o Beneficiário adquire o direito a: a) atendimento, em prontos-socorros, gerais ou especializados, nos casos em que não se configure risco imediato de vida ou de lesões irreparáveis para o paciente; b) consultas médicas eletivas; c) exames, realizados em regime ambulatorial, de: análises clínicas em sangue, fezes e urina; radiologia simples (não contrastada); eletrocardiograma.
2	90 (noventa) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos / eventos, realizados em regime ambulatorial: a) mamografia; b) endoscopia digestiva alta; c) teste ergométrico; d) ultrassonografias; e) eletroencefalografia; exames oftalmológicos; e) fisioterapia.
3	120 (cento e vinte) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito aos seguintes procedimentos/ eventos, realizados em regime ambulatorial: a) demais exames de análises clínicas; b) cirurgias ambulatoriais de porte zero (com anestesia local); c) exames de anatomia patológica, colpocitologia e citopatologia, d) exames endoscópicos (cistoscopia, colonoscopia, broncoscopia, retossigmoidoscopia); e) provas de função pulmonar; líquido; mapeamento de retina; f) exames angiológicos de Doppler; fluxometria e investigação vascular ultrassônica; ecocardiografia; g) Holter; h) eletroneuromiografia. i) exames de citologia oncológica (papanicolau); j) densitometria óssea; l) exames radiológicos contrastados.
4	180 (cento e oitenta) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito a: a) internações, clínicas e cirúrgicas, com exceção do previsto nos Grupos de Carência 5 e 6; b) laparoscopia c) tomografia computadorizada; d) coronariografia; ressonância magnética; d) tomografia computadorizada; e) com exceção daqueles previstos no Grupo de Carência 5, todos os demais exames para diagnóstico e tratamentos terapêuticos contratualmente cobertos.
5	180 (cento e oitenta) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, o Beneficiário adquire o direito a: a) consultas/sessões com Psicólogo e/ou Terapeuta Ocupacional; b) consultas / sessões com Fonoaudiólogo; c) consultas/sessões com Terapeuta Ocupacional; d) consultas/sessões com Nutricionista; e) sessão de psicoterapia; f) diálise e hemodiálise em pacientes crônicos; g) procedimentos, clínicos ou cirúrgicos, relacionados aos transplantes listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS ou implantes e suas seqüências; h) internações hospitalares psiquiátricas; i) internações hospitalares de portadores de doenças infecto-contagiosas de notificação compulsória, inclusive AIDS; j) hemodinâmica e angiografia digital; transfusões e hemoderivados; l) neurocirurgia e cirurgia cardíaca, acidente vascular cerebral; m) angioplastias em geral; n) quimioterapia e radioterapia; o) procedimentos cobertos com diretrizes de utilização, conforme definidos no Rol de Procedimentos e Eventos da ANS (tais como cirurgias esterilizantes, cirurgia refrativa, cirurgia bariátrica, dermolipectomia); p) procedimentos exclusivamente relacionados a planejamento familiar.
6	300 (trezentos) dias	Além dos procedimentos/eventos descritos nos itens anteriores, a Beneficiária, titular ou dependente, adquire o direito à cobertura de partos a termo.

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. Nos casos de Emergência ou Urgência médica, ocorridos na área geográfica de abrangência da cobertura contratual, em que não tenha sido possível a utilização de serviços próprios nem credenciados, é garantido ao Beneficiário o reembolso das despesas decorrentes, sendo certo que o reembolso será efetuado de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados para o produto, vigentes na data em que tenha ocorrido o atendimento, não podendo o valor do reembolso ser superior ao valor das despesas efetivamente pagas pelo Beneficiário nem inferior àquele que teria sido pago a um prestador credenciado, caso tivesse sido utilizado. O prazo de prescrição para o Beneficiário apresentar os documentos para reembolso será de 12 (doze) meses, contado a partir da data do evento, sendo certo que após decorrido esse prazo o reembolso não mais será devido.

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.

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 moratória 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.

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

16. Conforme item 12 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 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 (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: 00 a 18 anos: 0%, 19 a 23 anos: 10,00%, 24 a 28 anos: 10,00%, 29 a 33 anos: 30,00%, 34 a 38 anos: 10,00%, 39 a 43 anos: 15,00%, 44 a 48 anos: 25,00%, 49 a 53 anos: 30,00%, 54 a 58 anos: 30,00%, 59 anos ou +: 42,30%.

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 medidas 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 exige 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 ASSOCIAÇÃO AUXILIADORA DAS CLASSES LABORIOSAS, Operadora especializada em saúde, localizada na Rua Rego Freitas, nº 574 - República - CEP 01220-010 - São Paulo/SP, inscrita no CNPJ/MF sob nº 61.740.791/0001-80 - ANS sob nº 34.014-6.

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 Coletivo, 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.

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 Proponente - Tit. Responsável

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 01/12 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 (disponíveis no site: [www. http://classeslaboriosas.org.br](http://classeslaboriosas.org.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 Classes Laboriosas



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 Classes Laboriosas
www.classeslaboriosas.org.br



Beneficiário da operadora de saúde Classes Laboriosas, acesse:

 www.classeslaboriosas.org.br

 0800 770 3801 | 3293 3900