

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)*												
Apenas pelo Responsável Legal do Proponente Titular, se este for menor de 17 (dezesete) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte nove) dias, como seu representante.												
Dados do responsável legal em caso de menor de 18 anos: Somente poderão ser responsáveis legais do titular menor de 18 anos, pai, mãe, tutor ou guardião, comprovado documentalmente.												
Nome Completo										Data de nascimento		
Endereço residencial completo								RG		CPF		
Estado civil			Telefone			Celular			E-mail:			
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

VENDEDOR(A): Nome: _____											CPF: _____	
E-mail do Vendedor(a): _____											Tel. Celular: _____	
Nome da Corretora: _____											Cód. Corretora: _____	

Local e Data

* Exclusivo para nascidos à partir de 01/10/2010.

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário


Fale com a gente

 Av. Angélica, 321 | 13º a. | São Paulo | SP
 11 2124 1888 / 0800 771 4799


11 94502 4905



corporeadministradora.com.br



corporeadministradora



@Corpore_Adm

v.agosto.2019

Reajuste mês base: maio

Data de Vigência:

Data de Vencimento:

ACEITAÇÃO VIGÊNCIA	Data da assinatura da proposta	Data da vigência e início da cobertura	Data de vencimento das faturas mensais Corpore
	01 a 10 11 a 20 21 a 30	Dia 01 do mês subsequente Dia 10 do mês subsequente Dia 20 do mês subsequente	Dia 01 Dia 10 Dia 20

4. CONTRATAÇÃO DO PLANO SEM COPARTICIPAÇÃO

OPÇÃO SEM COPARTICIPAÇÃO - ACOMODAÇÃO COLETIVA

Assinale abaixo o plano pretendido	Nr. Registro ANS	Nome do Plano	Acomodação	Coparticipação	Segmentação Assistencial	Abrangência
<input type="checkbox"/>	481.926/18-8	SMART 150 ABC CA	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de Municípios
<input type="checkbox"/>	477.826/17-0	SMART 200 SP CA ENF	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Municipal
<input type="checkbox"/>	477.844/17-8	SMART 200 ABC CA ENF	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de Municípios
<input type="checkbox"/>	481.682/18-0	SMART 200 SAMED CA	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de Municípios
<input type="checkbox"/>	480.081/18-8	SMART 200 SP OESTE CA ENF	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	477.831/17-6	SMART 200 GUARULHOS CA ENF	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Municipal
<input type="checkbox"/>	474.328/15-8	SMART 200 JUNDIAI	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	474.361/15-0	SMART 200 CAMPINAS	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Municipal
<input type="checkbox"/>	474.409/15-8	SMART 200 SOROCABA	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	477.834/17-1	SMART 200 UP CA ENF	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	482.455/19-5	SMART 200 UP I SP	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	481.680/18-3	SMART 200 RJ CA	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	474.468/15-3	SMART 300	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	474.454/15-3	SMART 400	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	474.453/15-5	SMART 500	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	474.441/15-1	ADVANCE 600	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional
<input type="checkbox"/>	474.435/15-7	ADVANCE 700	Coletiva	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional

OPÇÃO SEM COPARTICIPAÇÃO - ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL

Assinale abaixo o plano pretendido	Nr. Registro ANS	Nome do Plano	Acomodação	Coparticipação	Segmentação Assistencial	Abrangência
<input type="checkbox"/>	474.465/15-9	SMART 400	Individual	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	474.452/15-7	SMART 500	Individual	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	474.440/15-3	ADVANCE 600	Individual	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional
<input type="checkbox"/>	474.342/15-3	ADVANCE 700	Individual	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional
<input type="checkbox"/>	474.425/15-0	PREMIUM 900.1	Individual	Não	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional

Assinale abaixo o plano pretendido	Nr. Registro ANS	Nome do Plano	Acomodação	Coparticipação	Segmentação Assistencial	Abrangência
<input type="checkbox"/>	408.050/99-5	Basic	Coletivo	Não	Referência	Nacional

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

Data de Vigência:

Data de Vencimento:

5. CONTRATAÇÃO DO PLANO COM COPARTICIPAÇÃO

OPÇÃO COM COPARTICIPAÇÃO - ACOMODAÇÃO COLETIVA

Assinale abaixo o plano pretendido	Nr. Registro ANS	Nome do Plano	Acomodação	Coparticipação	Segmentação Assistencial	Abrangência
<input type="checkbox"/>	481.928/18-4	SMART 150 ABC CA CP	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de Municípios
<input type="checkbox"/>	477.827/17-8	SMART 200 SP CA CP ENF	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Municipal
<input type="checkbox"/>	477.845/17-6	SMART 200 ABC CA ENF	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de Municípios
<input type="checkbox"/>	481.681/18-1	SMART 200 SAMED CA CP	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de Municípios
<input type="checkbox"/>	480.082/18-6	SMART 200 SP OESTE CA CP ENF	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	477.832/17-4	SMART 200 GUARULHOS CA CP ENF	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Municipal
<input type="checkbox"/>	474.403/15-9	SMART 200 JUNDIAI	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	474.408/15-0	SMART 200 CAMPINAS	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Municipal
<input type="checkbox"/>	474.329/15-6	SMART 200 SOROCABA	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	477.833/17-2	SMART 200 UP CA CP ENF	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	482.315/19-0	SMART 200 UP I SP	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	481.672/18-2	SMART 200 RJ CA CP	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	474.370/15-9	SMART 300	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	474.464/15-1	SMART 400	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	474.451/15-9	SMART 500	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	474.337/15-7	ADVANCE 600	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional
<input type="checkbox"/>	474.343/15-1	ADVANCE 700	Coletiva	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional

OPÇÃO COM COPARTICIPAÇÃO - ACOMODAÇÃO INDIVIDUAL

Assinale abaixo o plano pretendido	Nr. Registro ANS	Nome do Plano	Acomodação	Coparticipação	Segmentação Assistencial	Abrangência
<input type="checkbox"/>	474.463/15-2	SMART 400	Individual	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	474.450/15-1	SMART 500	Individual	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Grupo de municípios
<input type="checkbox"/>	474.336/15-9	ADVANCE 600	Individual	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional
<input type="checkbox"/>	474.434/15-9	ADVANCE 700	Individual	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional
<input type="checkbox"/>	474.353/15-9	PREMIUM 900.1	Individual	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Nacional

6. PLANO ODONTOLÓGICO

PREMIUM PLUS F CA (N. REG. 464.413/11-1) Abrangência geográfica: Nacional - Plano com franquia. O plano odontológico Premium Plus F CA está incluído na contratação do plano de assistência médica.

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

Fale com
a genteAv. Angélica, 321 | 13° a. | São Paulo | SP
11 2124 1888 / 0800 771 4799

11 94502 4905



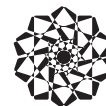
corporeadministradora.com.br



corporeadministradora



@Corpore_Adms



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

7. PLANO REFERÊNCIA DISPONÍVEL OFERECIDO: PLANO REFERÊNCIA BASIC Nº 408.050/99-5

 Declaro ter recusado a oferta do plano referência

Pela presente declaro que tenho conhecimento do Plano Referência acima explicitado, que me foi oferecido pela NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A., C.N.P.J Nº 44.649.812/0001-38, com registro na ANS sob nº 359017, de acordo com a Lei nº 9.656/98, artigo 12, parágrafo 2º, que institui sua disponibilidade pela Operadora, e que após os esclarecimentos sobre o referido plano, optei pela contratação do(s) plano(s), mencionado(s) nas páginas 2 e 3 desta proposta.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

8. ÁREA DE COMERCIALIZAÇÃO

Planos	Área de Atuação
Smart 150 ABC	Santo André, Diadema e São Bernardo do Campo
Smart 200 SP Capital	São Paulo
Smart 200 Oeste	Barueri, Carapicuíba, Cotia, Itapevi, Jandira, Embu das Artes, Osasco e Taboão da Serra
Smart 200 Guarulhos	Arujá e Guarulhos
Smart 200 ABC + Baixada	Cubatão, Diadema, Guarujá, Mauá, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano, Santos, São Vicente e Ribeirão Pires
Smart 200 Campinas	Campinas
Smart 200 Jundiaí	Cajamar, Campo Limpo Paulista, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Várzea Paulista e Vinhedo
Smart 200 Sorocaba	Sorocaba, Itu e Votorantim
Smart 200 UP	Arujá, Barueri, Carapicuíba, Cajamar, Campinas, Campo Limpo Paulista, Caieiras, Cotia, Cubatão, Diadema, Embu das Artes, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarujá, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Itu, Itupeva, Itapevi, Jandira, Jundiaí, Louveira, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Poá, Santa Isabel, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano, Santos, São Vicente, Suzano, Ribeirão Pires, Sorocaba, Taboão da Serra, São Paulo, Várzea Paulista, Vinhedo e Votorantim
Smart 200 Samed	Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Santa Isabel e Suzano
Smart 200 RJ	Belford Roxo, Duque de Caxias, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João do Meriti
Smart 300	Todas as cidades dos Smart 200 SÃO PAULO, REGIÃO METROPOLITANA, BAIXADA E ABC: Embu-Guaçú, Francisco Morato, Franco da Rocha, Itapeverica da Serra, Jarinu, Mairiporã, Rio Grande da Serra, Santana de Parnaíba, Vargem Grande Paulista, Bertioga, Itanhaem, Mongaguá, Praia Grande. SÃO PAULO INTERIOR: Cabreúva, Hortolândia, Itatiba, Paulínia, Salto de Pirapora, Sumaré, Valinhos. RIO DE JANEIRO E GRANDE RIO: Itaboraí, Magé, Maricá, Queimados
Smart 400	Todas as cidades do Smart 200, Smart 300 e mais BAIXADA: Peruíbe SÃO PAULO INTERIOR: Aracoíaba da Serra, Atibaia, Boituva, Bragança Paulista, Ibiuna, Itapira, Jaguariuna, Monte Mor, Porto Feliz, Salto, São Roque
Smart 500	Todas as cidades do Smart 200, Smart 300, Smart 400 e mais: BAIXADA: Caraguatatuba SÃO PAULO INTERIOR: Lorena, Mogi-Guaçu e Mogi-Mirim RIO DE JANEIRO E GRANDE RIO: Itaguaí e Petrópolis
Advance 600 / 700	Todas as cidades do Smart 200, Smart 300, Smart 400, Smart 500 e mais: SÃO PAULO INTERIOR: Alumínio e Mairinque
Premium 900	Todas as cidades da Linha Smart e Advance
Referência Basic	Todas as cidades da Linha Smart e Advance

Não serão aceitas propostas comercializadas em outros Municípios e/ou Estados.

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário


 Fale com
 a gente

 Av. Angélica, 321 | 13º a. | São Paulo | SP
 11 2124 1888 / 0800 771 4799


11 94502 4905



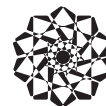
corporeadministradora.com.br



corporeadministradora



@Corpore_Adms



9. DA COPARTICIPAÇÃO

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

Para os produtos da Operadora Notre Dame Intermédica existe a possibilidade da contratação da modalidade de coparticipação, os valores dos procedimentos abaixo, estão disponíveis no Aditivo Promocional obrigatório nesta contratação. Os valores serão reajustado anualmente junto ao reajuste do plano de saúde.

10. A COBRANÇA relativa aos procedimentos segue abaixo:

VALORES COPARTICIPAÇÃO

Valores de Coparticipação	Smart 150 ABC	Smart 200 Enf.*	Smart 300 Enf.	Smart 400 enf.	Smart 400 apto.	Smart 500 enf.	Smart 500 apto.	Advance 600 enf.	Advance 600 apto.	Advance 700 enf.	Advance 700 apto.	Premium 900.1 apto.
Limite máx. pgto.***	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	75,00	75,00	100,00	100,00	100,00	100,00	150,00
Consulta Eletiva	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	20,00	20,00	25,00	25,00	30,00
P.S.	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	30,00	30,00	40,00	40,00	45,00
Exame simples	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Exames especiais	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	15,00	15,00	20,00	20,00	25,00
Terapias simples	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	5,00	5,00	5,00
Terapias complexas	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO
Internações**	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	250,00	250,00	250,00	250,00	400,00

Smart 200 SP Capital / Smart 200 Oeste / Smart 200 Guarulhos / Smart 200 ABC + Baixada / Smart 200 Campinas / Smart 200 Jundiaí / Smart 200 Sorocaba / Smart 200 Samed / Smart 200 RJ / Smart 200 UP** Isento na rede própria. *** Limite máximo de pagamento por beneficiário / mês - exceto internação.

11. OS PRAZOS DE CARÊNCIA são os períodos nos quais nem eu nem meu(s) beneficiário(s) dependente(s) teremos direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento da mensalidade. Haverá prazos de carências para utilização das coberturas conforme estipulados na Carência Contratual presente no Contrato Coletivo por Adesão da Operadora, representada no quadro abaixo (Prazo Contratual) ou de acordo com os prazos em caso de redução de carência, conforme aditivo de redução.

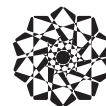
PRAZOS DE CARÊNCIAS

GRUPO	DESCRIÇÃO DO GRUPO	PRAZOS
1	Urgência e Emergência	24 horas
2 e 3	Consultas Médicas - Rede Própria / Credenciada	30 dias
4 e 5	Exames Simples - Rede Própria / Credenciada	30 dias
6 e 7	Terapias Simples e cirurgias de porte anestésico zero - Rede Própria / Credenciada	180 dias
8 e 9	Demais Procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 - Rede Própria / Credenciada	180 dias
10	Transplantes, implantes, Terapia Imunobiológica, Próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética; Internações psiquiátricas, diálise/hemodiálise, cirurgias refrativa e obesidade mórbida	180 dias
11	Partos a termo	300 dias

PRAZOS DE CARÊNCIAS - PLANO ODONTOLÓGICO INTERODONTO

GRUPO 1	PROCEDIMENTOS	PRAZOS DE CARÊNCIA
13	Urgência e Emergência, Diagnóstico, Intervenção Clínica, Extração Simples	24 horas
14	Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia, Periodontia, Endodontia	60 dias





12. REAJUSTE

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

Conforme cláusulas de reajuste especificadas no contrato de adesão independentemente da data da minha Proposta, o valor mensal poderá sofrer reajustes legais e contratuais na data de Aniversário do Contrato entre Entidade, Administradora e a Operadora a ocorrer sempre no mês de MAIO de cada ano, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações: a) reajuste financeiro; b) por índice de sinistralidade; c) por mudança de faixa etária; d) em outras hipóteses, desde que em conformidade com as normas e legislação em vigor.

13. REAJUSTE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA

A variação do preço em razão da faixa etária somente incidirá quando o Beneficiário completar a idade limite, o reajuste somente será aplicado no mês subsequente, de acordo com os valores então vigentes, conforme faixas etárias e percentuais a saber: Smart 200 Up a Premium 900.1.

Faixa Etária	SMART 150 ABC ENF	SMART 200 ENF*	SMART 300	SMART 400	SMART 500	ADVANCE ENF 600	ADVANCE APTO 600	ADVANCE ENF 700	ADVANCE APTO 700	PREMIUM 900.1	Referência
0 a 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
19 a 23 anos	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
24 a 28 anos	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
29 a 33 anos	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
34 a 38 anos	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
39 a 43 anos	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
44 a 48 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
49 a 53 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
54 a 58 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
59 anos ou +	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

* Smart 200 SP Capital / Smart 200 Oeste / Smart 200 Guarulhos / Smart 200 ABC + Baixada / Smart 200 Campinas / Smart 200 Jundiaí / Smart 200 Sorocaba / Smart 200 Samed / Smart 200 RJ / Smart 200 UP

14. DO PAGAMENTO

ATENÇÃO: O valor indicado ao lado sofrerá alteração caso haja reajuste anual do contrato coletivo de plano de saúde ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta proposta e a sua 1ª (primeira) cobrança, observado o disposto no item 13 desta Proposta.

O valor mensal a ser pago será a soma de todos os proponentes. Para os planos com coparticipação, a mensalidade será composta do valor desta, acrescido dos valores da coparticipação correspondente aos procedimentos realizados.

 Valor total em R\$

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

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

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

* Vencimento de acordo com a data de vigência, nos valores acordados.

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

16. TAXA DE CORRETAGEM

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

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

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

Local e Data _____

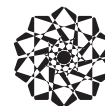
Beneficiário Titular ou Responsável Legal _____


 Fale com
a gente

 Av. Angélica, 321 | 13º a. | São Paulo | SP
 11 2124 1888 / 0800 771 4799

 11 94502 4905
 corporeadministradora.com.br

 corporeadministradora
 @Corpore_AdM



CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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.



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: _____

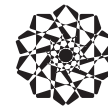
CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário





INFORMAÇÕES IMPORTANTES

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

- A Declaração de Saúde consiste no preenchimento do formulário abaixo para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofrer, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.
- Você tem o direito de preencher esta Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede credenciada ou referenciada pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário. Caso você opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da NotreDame Intermédica, poderá fazê-lo, desde que você se responsabilize pelos honorários médicos deste profissional.
- Conforme disposto na RN 162 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, define-se como:
 - Cobertura Parcial Temporária (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal.
 - Agravos: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano de saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
- A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, conhecida e não declarada neste formulário, pode acarretar consequências previstas na legislação, de rescisão contratual e de responsabilidades por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso estes fatos venham a ser comprovados junto à ANS.
- Às doenças ou lesões declaradas nesta Declaração de Saúde é oferecida Cobertura Parcial - CPT pela NotreDame Intermédica, de acordo com o prazo e condições de suspensão de cobertura conforme descrito no item 3.

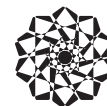
Nome do Titular (Obrigatório nome completo)

DEVE SER PREENCHIDO PELO PROPONENTE TITULAR OU REPRESENTANTE LEGAL

Assinale com "S" (Sim) ou "N" (Não)

Item	Perguntas	Tit.	Dependentes			
			1	2	3	4
1.	Doenças do aparelho cardio-circulatório (hipertensão, angina, infarto, derrame, arritmias cardíacas, sopros, marca passo, chagas, prolapso, entre outras)?					
2.	Doenças das veias e artérias (varizes, trombozes, aneurismas, hemorroidas, má circulação, entre outras)?					
3.	Doenças endócrinas e / ou metabólicas (diabetes, transtornos de glândula tireóide, colesterol, ácido úrico, entre outras)?					
4.	Doenças do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, esofagite, pancreatite, varizes de esôfago, diverticulites, doenças de Cronh, doenças hepáticas, engasgos de repetição, alterações anais, pedra na vesícula, colite, polipos, entre outras)?					
5.	Hérnias (Hiato, Inguinal, Umbilical, Incisional, entre outras)?					
6.	Doenças renais ou da bexiga (insuficiência renal, rins policísticos, anomalia do ureter, bexiga e uretra, pedra nos rins, diálise, entre outras)?					
7.	Doenças dos órgãos genitais masculinos (hiperplasia da próstata, fimose, hidrocele, impotência, entre outras)?					
8.	Doenças do sangue (anemia, leucemia, hemofilia, linfomas, anemia falciforme, talassemia, entre outras)?					
9.	Doenças pulmonares (asma, bronquite, enfisema, pneumonias de repetição, entre outras)?					
10.	Doenças do ouvido, nariz ou garganta (diminuição da audição, adenóide, colesteatoma, desvio do septo, rinite, sinusite, amigdalite de repetição, otite, entre outras)?					
11.	Doenças dos olhos (miopia, astigmatismo, hipermetropia, ceratocone, catarata, glaucoma, retinopatias, entre outras)?					
12.	Doenças ou más formações congênitas ou hereditárias, entre outras?					
13.	Doenças imunológicas (AIDS ou ser portador do vírus HIV, entre outras)?					
14.	Doenças ou tumorações benignas ou malignas (Câncer)?					
15.	Doenças reumáticas (artrites, febre reumática, lupus, entre outras)?					
16.	Doenças neurológicas (epilepsia, derrame, paralisia cerebral, mal de Parkinson, esclerose múltipla, doença de Alzheimer, desmaios, entre outras)?					
17.	Transtornos psiquiátricos (esquizofrenia, depressão, retardo mental, ansiedade, nervosismo, entre outras)?					
18.	Transtornos de comportamento por uso de drogas (álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outras)?					
19.	Doenças ginecológicas e das mamas (transtornos do perineo, cisto de mama, cisto de ovário, mioma, entre outras)?					

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário



Data de Vigência:

Data de Vencimento:

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

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

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

Eu, proponente titular, declaro que:

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

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

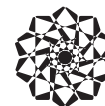
As informações de saúde relativas a mim e a meu(s) dependente(s) são verdadeiras e completas, e que foram espontaneamente fornecidas, estando ciente de que a omissão de fatos e/ou o preenchimento incorreto desta declaração poderá acarretar as consequências previstas na legislação de rescisão contratual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

Local e data

Assinatura do Beneficiário Titular ou Responsável Legal

Médico / Carimbo C.R.M.

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

Pelo presente, declaro expressamente que, após ter recebido, lido e compreendido o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), CONCORDO E ESTOU CIENTE QUE:

1. Este instrumento é minha Proposta de Adesão (Proposta) aos contratos de plano de assistência à saúde e de plano de assistência odontológica, NotreDame Intermédica, coletivos por adesão, celebrados entre a CORPORE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DA SAÚDE LTDA, CNPJ 17.670.901/0001-93 e na ANS 41.896-0 (a “Administradora”) e, doravante “Operadora”, a NOTRE DAME INTERMÉDICA SAÚDE S.A., e destinados à população que mantenha vínculo com a minha «Entidade», que é a Pessoa Jurídica indicada página 1 desta Proposta.

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

3. Segmentação Assistencial do Plano de Saúde ou Seguro Saúde

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

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

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

6. O Contrato poderá ser extensivo ao cônjuge ou companheiro(a), filho(a), 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.

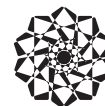
A inclusão deverá respeitar o prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento, adoção, matrimônio ou do início do convívio em comum para aproveitamento da carência do titular, desde que apresentada a documentação pertinente e cumprimento ou não do prazo de carência, conforme estabelecido no Contrato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

7. Sou o único responsável pelos documentos e informações fornecidas 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 do(s) benefício(s), sabendo que omissões ou dados incorretos acarretarão a perda de todos os meus direitos, bem como o(s) do(s) meu(s) dependente(s), decorrente(s) do(s) benefício(s).

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

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





Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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

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

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

13. Poderei, assim como meu(s) beneficiário(s) dependente(s), utilizar as coberturas por meio dos prestadores próprios ou credenciados das Operadoras, respeitadas as condições contratuais e a disponibilidade dos planos, conforme definidas com a Entidade.

Responsável Legal

Esta Proposta é assinada:

- a) Apenas pelo Responsável Legal do Proponente Titular, se este for menor de 17 (dezesete) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte nove) dias, como seu representante; ou
- b) Apenas pelo Proponente Titular, se este for maior de 18 (dezoito) anos de idade e civilmente capaz.

Dados do responsável legal em caso de menor de 18 anos:

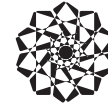
Somente poderão ser responsáveis legais do titular menor de 18 anos, pai, mãe, tutor ou guardião, comprovado documentalmente.

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

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

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





Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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

18. Os benefícios poderão ser cancelados: a) por minha solicitação expressa, como beneficiário titular, à Administradora; b) automaticamente, por falta de pagamento de 1 (um) valor mensal por prazo superior a 30 (trinta) dias, com a minha consequente exclusão e a de meu(s) beneficiário(s) dependente(s), ressalta-se que o referido cancelamento não exime do pagamento de débitos das mensalidades não quitadas, inclusive quanto ao registro no cadastro de proteção ao crédito - SPC e SERASA; c) pela perda da minha elegibilidade na Entidade; d) outros casos de cancelamentos previstos na regulamentação.

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

20. No momento da adesão contratual o beneficiário afirma ter ciência que também será excluído do plano de saúde em casos de fraude, declaração de informações falsas, incompletas ou omissões, como também na hipótese de utilização indevida do cartão de identificação, ou seja, se vier a autorizar terceiros a utilizar do seu cartão de identificação para realização de quaisquer procedimentos, sem prejuízo da ESTIPULANTE e da CONTRATADA, adotarem as medidas judiciais cabíveis para se ressarcir dos danos sofridos.

21. A responsabilidade pelas coberturas contratuais são da: NOTRE DAME INTERMEDICA SAÚDE S.A. Operadora especializada em saúde, localizada na Av. Paulista, 867 / Bela Vista / Município de São Paulo CEP: 01311-100, Estado de São Paulo- Inscrita no CNPJ/MF sob nº44.649.812/0001-38 - e na ANS sob o nº 35901-7, de acordo com o plano contratado.

22. Devo encaminhar prontamente à Administradora e/ou as Operadoras, quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas incluídos neste contrato

23. A Segunda via do boleto bancário e a cópia do Contrato Coletivo por Adesão poderá ser emitida no site, através do endereço www.corporeadministradora.com.br.

Em caso de dúvidas, favor entrar em contato com o nosso SAC 0800 771 4799 em horário comercial.

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



FOLHA RETIFICADORA

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

1. DADOS DO TITULAR

Nome Proponente Titular (sem abreviação)							
Data de Nascimento	Idade	Sexo	CPF	Estado Civil	Cédula de Identidade / RG (nº/UF)		
Nome Completo da Mãe (sem abreviação)							
Telefone Residencial ()		Telefone para recados ()		Telefone Celular ()		Taxa Mensal (R\$)	
E-mail							
Nº do Cartão Nacional de Saúde				Nº da Declaração de Nascido Vivo*			
Nome do Responsável (Representante legal)							
Endereço Residencial (Rua, Av, etc.)							
Número	Complemento	Número	Bairro	Município	Estado	CEP	

2. DEPENDENTE(S)

1	Nome Completo:						Taxa Mensal
	Data de Nascimento	Idade	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde	
	Nome da Mãe Completo					Est. Civil	Parentesco
2	Nome Completo:						Taxa Mensal
	Data de Nascimento	Idade	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde	
	Nome da Mãe Completo					Est. Civil	Parentesco
3	Nome Completo:						Taxa Mensal
	Data de Nascimento	Idade	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde	
	Nome da Mãe Completo					Est. Civil	Parentesco
4	Nome Completo:						Taxa Mensal
	Data de Nascimento	Idade	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde	
	Nome da Mãe Completo					Est. Civil	Parentesco

Códigos para indicação de Estado Civil (E C):

1- Solt. | 2- Cas. | 3- Sep. Jud. | 4- Divorc. | 5- Viúvo

Códigos para indicação de Grau de Parentesco (parente):

1- Cônj. | 2- Filho | 3- Pais | 4- Comp. | 5- Tut.

*Para nascidos a partir de 01/10/10

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

Local e Data

Ass. do Proponente - Tit. Responsável

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

Fale com
a genteAv. Angélica, 321 | 13º a. | São Paulo | SP
11 2124 1888 / 0800 771 479911 94502 4905
corporeadministradora.com.brcorporeadministradora
@Corpore_Adm

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

DECLARAÇÃO

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para aceitação desta Proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão, e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) na(s) página(s) 01 desta Proposta, ao benefício.

Declaro receber, neste ato, a Carta de orientação ao Beneficiário e da Declaração de Saúde e cópia da Presente Proposta. Estou ciente que o(s) cartão(ões) de identificação(ões) do(s) beneficiário(s) e a lista de prestadores referenciados (disponíveis no site: www.gndi.com.br) são de responsabilidade da Operadora.

O Guia de Leitura Contratual, bem como o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, que reproduz condições contratuais da apólice coletiva, traz os esclarecimentos sobre os aspectos relativos à utilização e manutenção do benefício e os direitos e obrigações dos beneficiários, estão disponíveis no site da administradora: www.corporeadministradora.com.br. Os mesmos também poderão ser solicitados por meio físico ou eletrônico.

Pela presente declaro que tenho conhecimento do plano referência, nomenclatura Referência Basic - nº do registro 408.050/99-5, que me foi oferecido pela Notre Dame Intermédica Saúde S.A., CNPJ nº 44.649.812/0001-38, com registro na ANS nº 359017, e que após os esclarecimentos sobre o referido plano, optei pela contratação do plano definido no item «Contratação de Plano», constante nesta proposta de adesão.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal



1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário


 Fale com
 a gente

 Av. Angélica, 321 | 13º a. | São Paulo | SP
 11 2124 1888 / 0800 771 4799

 11 94502 4905
corporeadministradora.com.br

 corporeadministradora
 @Corpore_Adm

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
-  **Carteirinha digital:** Para acessar sua carteirinha digital é muito simples. Basta entrar no aplicativo IntermédicaApp, ou no Portal GNDI com seu login e senha e clicar na opção de carteirinha digital. Você pode tirar uma foto ou um print da tela do seu celular para ter sempre a versão on-line à disposição ou, se desejar, imprimi-la. (a numeração será encaminhada via e-mail, facilitando a utilização imediata dos serviços contratados conforme carências contratuais)
-  Esclarecimentos sobre detalhes do seu contrato de adesão ao plano
-  Data de vencimento dos boletos
-  Informações sobre pagamento de mensalidades
-  Tempo de carências
-  Informações sobre rescisão do plano
-  Dúvidas sobre reajustes

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

 0800 771 4799 ou 11 2124 1888.

Assuntos referentes a Operadora NotreDame Intermédica



Agendamento de consultas e acompanhamento médico



Guias e autorizações de exames médicos



Rede credenciada



Marcação de consultas



Rede Médica On-line

Para comodidade e agilidade consulte o guia médico com a sua rede credenciada no site da NotreDame Intermédica
www.gndi.com.br

Beneficiário da operadora de saúde
NotreDame Intermédica, acesse:

 www.gndi.com.br

 11 3155 2500

(Central de Serviços 24h - Capital e Grande São Paulo)

 0800 7700370

(SAC - Todo o território nacional)

Fale com a gente

 Av. Angélica, 321 | 13º andar | São Paulo | SP
 11 2124 1888 / 0800 771 4799  11 94502 4905
 www.corporeadministradora.com.br
 corporeadministradora  @Corpore_Adm



@PLANOS DE
SAÚDE ON-LINE

 **Google**
★★★★★
Nos recomende
e avalie

Corpore Adm
ANS nº 41.896-0
NotreDame Intermédica
ANS nº 35.901-7