

ANS nº 41.896-0



PROPOSTA DE ADEÇÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº _____

ANS nº 36.456-4

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

CNPJ _____

Código da Família

Unimed	Empresa	Família
179		

2. PROPONENTE TITULAR

GP	Nome Completo:						Valor R\$
Nome do Responsável (Quando Titular for menor)				RG do Responsável		CPF do Responsável	
Data de Nasc.	Idade	Sexo	E C	CPF	PIS/PASEP	Profissão	Cartão Nacional de Saúde
RG	Data de Expedição		Órgão emissor		UF	Nome Completo da Mãe:	
CEP	Rua / Av.		<input type="checkbox"/> Residencial				
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		Carência <input type="checkbox"/> Isento <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Normal	

3. DEPENDENTE(S)

Nome Completo:							Valor R\$		
Data Nasc.	Idade	Sexo	CPF	RG	Data de Expedição	Órgão emissor	UF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde
1	Carência <input type="checkbox"/> Isento <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Normal		E C	G P	Nome da Mãe Completo				
E-mail							Telefone		
Endereço									
Nome Completo:							Valor R\$		
Data Nasc.	Idade	Sexo	CPF	RG	Data de Expedição	Órgão emissor	UF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde
2	Carência <input type="checkbox"/> Isento <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Normal		E C	G P	Nome da Mãe Completo				
E-mail							Telefone		
Endereço									
Nome Completo:							Valor R\$		
Data Nasc.	Idade	Sexo	CPF	RG	Data de Expedição	Órgão emissor	UF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde
3	Carência <input type="checkbox"/> Isento <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Normal		E C	G P	Nome da Mãe Completo				
E-mail							Telefone		
Endereço									
Nome Completo:							Valor R\$		
Data Nasc.	Idade	Sexo	CPF	RG	Data de Expedição	Órgão emissor	UF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde
4	Carência <input type="checkbox"/> Isento <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Normal		E C	G P	Nome da Mãe Completo				
E-mail							Telefone		
Endereço									

GP Grau de Parentesco: - Dependentes Esposa (01) | Companheiro(a) / Convivente (02) | Marido (03) | Filhos (10 a 29) | Filhas (30 a 49) - Agregados: | Pai (50) | Mãe (51)

ACEITAÇÃO VIGÊNCIA

Data da assinatura da proposta

Data da vigência e início da cobertura

Data de vencimento das faturas mensais

10 dias que antecedem a vigência

Dias 01 do mês subsequente
Dias 15 do mês subsequente

Dias 10 e 25

VENDEDOR(A): Nome: _____

CPF _____

E-mail do Vendedor(a): _____

Tel. Celular _____

Nome da Corretora _____

Cód. Corretora _____

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

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

1.Via Administradora - 2. Via Beneficiário



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.outubro.2019

Reajuste mês base: abril

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.

Data de Vigência:

Data de Vencimento:

Assinale abaixo o plano pretendido	Planos	Código ANS	Abrangência Geográfica	Padrão de Acomodação em Internação
<input type="checkbox"/>	Flex I Local Enf	466.406/12-0	Local	Enfermaria
<input type="checkbox"/>	Flex I Local Apto	466.393/12-4	Local	Apartamento
<input type="checkbox"/>	Flex II Local Enf	466.406/12-0	Local	Enfermaria
<input type="checkbox"/>	Flex II Local Apto	466.393/12-4	Local	Apartamento
<input type="checkbox"/>	Flex I Regional Enf	466.400/12-1	Regional	Enfermaria
<input type="checkbox"/>	Flex I Regional Apto	466.401/12-9	Regional	Apartamento
<input type="checkbox"/>	Flex II Regional Enf	466.400/12-1	Regional	Enfermaria
<input type="checkbox"/>	Flex II Regional Apto	466.401/12-9	Regional	Apartamento
<input type="checkbox"/>	Flex I Litoral Sul Enf	481.391/18-0	Grupo de Municípios	Enfermaria
<input type="checkbox"/>	Flex II Litoral Sul Apto	481.392/18-8	Grupo de Municípios	Apartamento
<input type="checkbox"/>	Flex II Litoral Sul Enf	481.391/18-0	Grupo de Municípios	Enfermaria
<input type="checkbox"/>	Flex II Litoral Sul Apto	481.392/18-8	Grupo de Municípios	Apartamento
<input type="checkbox"/>	Mais Litoral Enf	483.671/19-5	Grupo de Municípios	Enfermaria
<input type="checkbox"/>	Flex I Estadual Enf	466.404/12-3	Estadual	Enfermaria
<input type="checkbox"/>	Flex I Estadual Apto	466.399/12-3	Estadual	Apartamento
<input type="checkbox"/>	Flex II Estadual Enf	466.404/12-3	Estadual	Enfermaria
<input type="checkbox"/>	Flex II Estadual Apto	466.399/12-3	Estadual	Apartamento
<input type="checkbox"/>	Flex I Nacional Enf	466.394/12-2	Nacional	Enfermaria
<input type="checkbox"/>	Flex I Nacional Apto	475.099/15-3	Nacional	Apartamento
<input type="checkbox"/>	Flex II Nacional Enf	466.394/12-2	Nacional	Enfermaria
<input type="checkbox"/>	Flex II Nacional Apto	475.099/15-3	Nacional	Apartamento

Informação de coparticipação

Procedimento	FLEX I	FLEX II	Procedimento	FLEX I	FLEX II
Consulta	R\$ 20,00	R\$ 30,00	Exames Especiais	R\$ 45,00	R\$ 81,00
Consulta PA	R\$ 30,00	R\$ 40,00	Terapias Especiais	R\$ 45,00	R\$ 81,00
Exames Simples	R\$ 4,00	R\$ 7,50	Internação Enfermaria	R\$ 100,00	R\$ 150,00
Terapias Simples	R\$ 4,00	R\$ 7,50	Internação Apartamento	R\$ 150,00	R\$ 250,00

Informação de coparticipação

Procedimento	MAIS LITORAL
Consulta Eletiva	R\$ 12,00
Consulta PA	R\$ 30,00
Exames 1	R\$ 4,00
Terapias 2	R\$ 45,00
Internação	R\$ 100,00

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.

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.

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 Adesão acima explicado, que me foi oferecido pela **UNIMED DE VOLTA REDONDA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, CNPJ nº 35.917.970/0001-30, com sede a Rodovia dos Metalúrgicos, 2500 - Jardim Belvedere - Volta Redonda - RJ com registro na ANS nº 36.458-4, 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.

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

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

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) beneficiário(a)

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde e tem como missão defender o interesse público e vem por meio desta, prestar informações para o preenchimento do **FORMULÁRIO de 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 preexistente 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.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

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

11 94502 4905



corporeadministradora.com.br



corporeadministradora



@Corpore_Adm

ANS nº 41.896-0



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº _____

ANS nº 36.458-4

Unimed 
Volta Redonda

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

Nome do responsável financeiro: _____

CPF do responsável financeiro: _____

INTERMEDIÁRIO ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO

Local _____ / _____ / _____

Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

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

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)** Revisão da Declaração de Saúde - O objetivo da revisão da Declaração de Saúde 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, parágrafo 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-** Caso seja declarada alguma Doença ou Lesão Preexistente (DLP), o plano de saúde estará sujeito a Cobertura Parcial Temporária (CPT).
- 2.5-** Identificação indício de fraude por parte do Proponente (beneficiário titular) - itens 4 e 5 da Declaração de Saúde, página 7 - referente à omissão de conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), por ocasião da contratação o adesão ao plano privado de assistência à saúde, será comunicado imediatamente a alegação de omissão de informação através do Termo de Comunicação ao Beneficiário, conforme descrito no art.18, inciso V, da RN 162/2007, podendo a Operadora:
- I - oferecer CPT ao beneficiário pelos meses restantes, a partir da data de recebimento do Termo de Comunicação, até completar o período máximo de 24 (vinte e quatro) meses da assinatura contratual ou da adesão ao plano privado de assistência à saúde; ou
- II - oferecer o Agravo, na forma do art. 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.
- 2.6-** 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, a partir da data de recebimento do comunicado ou notificação pela UNIMED VOLTA REDONDA, sobre a existência da irregularidade.

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

DECLARAÇÃO DE SAÚDE E ADITIVO DE COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA DAS UNIMEDS ATENDIMENTO 24 HORAS 0800 970 9039

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

O formulário do Quadro I deverá ser preenchido de próprio punho pelo titular, em nome próprio e de seu(s) dependente(s), ou pelo responsável quando o titular for menor de 18 anos. Responda com Sim (S) ou Não (N) as perguntas abaixo relacionadas a você e os demais dependentes. Caso a resposta para algumas questões abaixo tenha sido Sim, para qualquer um dos beneficiários, esclareça o motivo no Quadro II especificando o item, o beneficiário e a data do evento.

IDENTIFICAÇÃO

Cliente Titular _____ Data de Nascimento: ____ / ____ / ____
 Peso (KG) _____ Altura: _____ Telefone: (____) _____ Telefone: (____) _____
 Dependentes:
 (____) _____ Peso (Kg): _____ Altura: _____ (____) _____ Peso (Kg): _____ Altura: _____
 (____) _____ Peso (Kg): _____ Altura: _____ (____) _____ Peso (Kg): _____ Altura: _____
 (____) _____ Peso (Kg): _____ Altura: _____

Item	Válida para Titular e Dependentes Informar se é portador, já sofreu ou tem conhecimento de:	Titular	Beneficiários				
			D1	D2	D3	D4	D5
1	Doença endócrina (diabetes, hipertireoidismo, hipotireoidismo, emagrecimento acentuado ou outras?)						
2	Doença do aparelho cardiocirculatório (Hipertensão arterial "pressão alta", angina, infarto do miocárdio, arritmias/fibrilação, sopro cardíaco, insuficiência cardíaca ou outras)?						
3	Já fez algum exame, tratamento e ou cirurgia por doenças cardíacas (cateterismo, colocação de stent, ponte de safena e ou mamária)?						
4	Doenças do aparelho respiratório ou pulmonar (rinite, sinusite, bronquite, asma, amigdalite, pneumonia, enfisema, desvio de septo nasal, problemas de adenóide ou outras)?						
5	Doença renal, aparelho genito-urinário (insuficiência renal, cálculo renal, nefrite, infecção urinária, fimose, doenças da próstata, incontinência urinária "urina solta" ou outras)?						
6	Doença ginecológica e das mamas (cisto de ovário, ovário policístico, mioma, infertilidade, endometriose, nódulo mamário, transtornos menstruais ou outras)?						
7	Doença vascular/circulatória (varizes, febre reumática, aneurisma, acidente vascular cerebral "derrame", hemorroidas, trombose ou outras)?						
8	Doença do sistema nervoso (Parkinson, Alzheimer, epilepsia, paralisia cerebral, ou outras)?						
9	Doença mental, psiquiátrica ou acompanhamento psicológico (psicose, esquizofrenia, neurose, depressão, entre outros)?						
10	Algum tipo de hérnia (inguinal-virilha, umbilical, incisional ou outras)?						
11	Deficiência de ossos ou membros, fraturas, doenças musculares, de menisco (joelho), das articulações?						
12	Uso de órtese, prótese (placas, pinos, parafusos, marca-passo ou outros)? Informar local.						
13	Deformidade, fratura, hérnia de disco ou outra doença na coluna?						
14	Tumores, neoplasias malignas-câncer (como leucemia, carcinoma, melanoma, linfoma ou outros)? Informar local.						
15	Doenças infecciosas ou parasitárias (tuberculose, hepatite, HIV/AIDS, meningite, hanseníase ou outras)?						
16	Doenças do ouvido (labirintite, perda de audição ou outros)?						
17	Doença do sangue ou autoimune (anemia, púrpura, lúpus eritematoso, esclerose múltipla, artrite reumatoide ou outras)?						
18	Doenças do aparelho digestivo (úlcera, gastrite, hepatite, cirrose hepática, colite, colelitíase (pedra na vesícula), diverticulite, doenças de Crohn, retocolite ou outras)?						
19	Doenças de pele (verrugas, pintas, quelóide, caroços, xantasma, cistos, calos, tumores ou outras)? Informar local.						
20	Doenças osteomuscular (artrite, artrose, osteoporose, reumatismo, escoliose, hérnia de disco, osteomielite, fraturas ou outras)?						
21	Já foi submetido a alguma internação clínica ou cirúrgica? Informe hospital, data e motivo.						
22	Possui cirurgia programada para os próximos 2 anos? Qual?						
23	Sofreu acidente ou doenças que tenham deixado qualquer tipo de seqüela, dano ou deficiência?						
24	Está afastado de suas atividades normais de trabalho e informar motivo?						
25	Possui alguma doença ou deformidade hereditária ou congênita ("doença de nascença")?						
26	Fez algum tratamento odontológico? Dificuldade, dor, estalido na mandíbula? Limitação na abertura de boca? Possui aparelho ortodôntico? Motivo						
27	Já realizou exames de rotina (check up)? Quais? Esclareça os resultados						
28	Esteve ou está em tratamento ou acompanhamento através de exames e ou procedimentos (por radiografia, ultrassonografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética, radioterapia, quimioterapia, hemodiálise, diálise peritoneal ou outros)?						
29	Possui alguma doença oftalmológica (miopia, astigmatismo, hipermetropia, presbiopia - vista cansada, glaucoma, estrabismo, catarata, doença macular relacionada a idade e outras)?						
30	Sofre(u) alguma doença não relacionada acima, gerando ou não internação, algum tratamento, exame ou ainda em acompanhamento? Informar qual.						
31	Possui ou já possuiu algum plano ou serviço de saúde? Qual?						

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

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

11 94502 4905



corporeadministradora.com.br



corporeadministradora



@Corpore_Adm

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES À DECLARAÇÃO PESSOAL DE SAÚDE

nº do Item	Titular / Dependente(s) / Agregado(s) (Nome ou GP - Grau Parentesco)	Ano do Evento	Caso algum participante desta proposta apresente alguma das situações acima declaradas especifique a razão da mesma (informe datas, tratamentos, situação atual e tudo o mais que considerar importante para avaliação médica).

Declaro para os devidos fins que as informações prestadas na Declaração de Saúde, relativas a mim e a meus dependentes, foram espontaneamente feitas de próprio punho, são verdadeiras e completas, e assumo inteira responsabilidade pelas mesmas. Estou ciente que a omissão de fatos e informações que possam influir no correto enquadramento das coberturas, poderá ser considerado como comportamento fraudulento, implicando na rescisão do contrato, além de estar obrigado a arcar com os custos dos atendimentos obtidos. Comprometo-me a prestar toda e qualquer outra informação adicional que vier a ser solicitada, bem como autorizo médicos, clínicas e quaisquer entidade públicas ou privadas da saúde, a enviarem à Unimed, a qualquer tempo, as informações de que ela necessitar sobre o meu estado de saúde e de meus dependentes, resultados de exames e tratamentos instuídos, isentando-a ou seus médicos cooperados, de qualquer responsabilidade que implique em ofensa ao sigilo profissional.

Autorizo a Unimed, a qualquer tempo, obter cópia de prontuário referente a internações e informações complementares acerca de exames e tratamentos realizados, junto a médicos, hospitais ou empresas, a quem dispenso da obrigatoriedade do sigilo profissional.

Declaro que:

Fui orientado por um médico da Unimed de Volta Redonda.

Fui orientado por um médico particular, às minhas expensas.

Dispensei a orientação de um profissional médico.

Declaração do médico:

Declaro que prestei as orientações necessárias para o Contratante preencher esta Declaração de Saúde.

Assinatura / Nome / CRM

Volta Redonda, _____ de _____ de _____

Declaro que as informações acima serão consideradas para análise, aceitação e definição de agravos e coberturas.

Volta Redonda, _____ de _____ de _____

Assinatura do titular ou responsável legal

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

ANS nº 41.896-0



PROPOSTA DE ADEÇÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº

ANS nº 36.458-4



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 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 **UNIMED DE VOLTA REDONDA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 35.917.970/0001-30 e na ANS sob nº 36.458-4**, e destinados à população que mantenha vínculo com a minha **«Entidade»**, que é a Pessoa Jurídica indicada página 1 desta Proposta.

2. Tipo de Contratação:

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

3. Segmentação Assistencial do Plano de Saúde

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

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.

Unimed Flex Local: cobertura no município de Volta Redonda. Atendimento de Urgência e Emergência em todo o território nacional.

Unimed Flex Regional: cobertura nas cidades de Angra dos Reis, Barra do Pirai, Barra Mansa, Engenheiro Paulo de Frontin, Itaiaia, Mendes, Vassouras, Paraty, Pinheiral, Pirai, Porto Real, Quatis, Resende, Rio Claro e Volta Redonda, e atendimento de Urgência e Emergência em todo o território nacional.

Unimed Flex Litoral Sul: Cobertura no município de Angra dos Reis, Parati e Volta Redonda. Atendimento de Urgência e Emergência em todo o território nacional.

Unimed Mais Litoral: Cobertura no município de Angra dos Reis, Paraty. Atendimento de Urgência e Emergência em todo o território nacional

Unimed Flex Estadual: cobertura no Estado do Rio de Janeiro e também possui cobertura de Urgência e Emergência em todo o território nacional.

Unimed Flex Nacional: Cobertura em todo o território nacional.

5. O benefício terá início de sua utilização na data indicada no campo “Início de Vigência” da Proposta de Adesão.

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

7. O contrato poderá ser extensivo ao conjugue companheiro(a); filhos e /ou dependentes legalmente equiparados a filhos solteiros até 17 anos, 11 meses e 29 dias e até 24 anos incompletos (23 anos, 11 meses e 29 dias) no caso de filhos solteiros universitários; filhos e /ou dependentes equiparados a filhos inválidos, de qualquer idade devidamente comprovada a invalidez. Filho adotivo ou sob guarda provisória, com aproveitamento do período de carências já cumpridas pelo adotante, desde que efetiva em até 30 (trinta) dias após o deferimento da solução. 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).

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

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

9. Os prazos de carência são os períodos nos quais nem eu nem meu(s) beneficiário(s) dependente(s) teremos direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento da mensalidade. Haverá prazos de carências para utilização das coberturas conforme estipulados na Carência Contratual presente na Capítulo VI do Contrato Coletivo por Adesão da Operadora, representada abaixo:

Item	COBERTURAS	Prazo Contratual
a	Acidente pessoal / Urgência / Emergência	24 horas
b	Consultas	30 dias
c	Exames e Procedimentos Básicos	30 dias
d	Fisioterapia	90 dias
e	Exames e Procedimentos Especiais	180 dias
f	Internações Clínicas e Cirúrgicas	180 dias
g	Parto	300 dias
h	Doenças ou Lesões Pré-Existentes	24 meses

10. Solicitação à Operadora e Administradora vinculadas ao seu plano de saúde toda e qualquer alteração, tal como a eventual perda de elegibilidade. Cancelamento deve ser imediato, obedecendo algumas regras: I - somente o titular do plano, ou responsável financeiro; II - solicitado à Operadora em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados, via atendimento telefônico disponibilizado para este serviço ou ainda por meio da página da Operadora na Internet.

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

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

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

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

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

11 94502 4905



corporeadministradora.com.br



corporeadministradora



@Corpore_Adm

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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 a **Operadora** e/ou a outros órgãos, em especial a **ANS**, no cumprimento e/ou nas alterações destas coberturas, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.

16. Reajuste (Conforme Capítulo XI 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 no mês de **ABRIL de cada ano**, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações:

- reajuste financeiro;
- reajuste técnico;
- por mudança de faixa etária;
- em outras hipóteses, desde que em conformidade com as normas e legislação em vigor.

17. Reajuste por Mudança de faixa etária (Capítulo XII do 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:

Planos: LOCAL | REGIONAL | ESTADUAL E NACIONAL - Enfermaria / Apartamento: 00 a 18 anos: 0,00% , 19 a 23 anos: 23,00%, 24 a 28 anos: 18,94%, 29 a 33 anos: 7,26%, 34 a 38 anos: 3,69%, 39 a 43 anos: 16,29%, 44 a 48 anos: 29,47%, 49 a 53 anos: 31,37%, 54 a 58 anos: 37,65% e 59 anos ou +: 35,43%.

Plano: LITORAL SUL: Enfermaria / Apartamento: 00 a 18 anos: 0,00% , 19 a 23 anos: 23,00%, 24 a 28 anos: 19,00%, 29 a 33 anos: 7,20%, 34 a 38 anos: 3,70%, 39 a 43 anos: 16,30%, 44 a 48 anos: 30,00%, 49 a 53 anos: 30,00%, 54 a 58 anos: 37,60% e 59 anos ou +: 35,30%.

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

- rescisão deste Contrato;
- 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;
- constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente;
- solicitação à Operadora e Administradora vinculadas ao seu plano de saúde toda e qualquer alteração, tal como a eventual perda de elegibilidade. Cancelamento deve ser imediato, obedecendo algumas regras: I - somente o titular do plano, ou responsável financeiro; II - solicitado à Operadora em seus escritórios regionais ou nos locais por ela indicados, via atendimento telefônico disponibilizado para este serviço ou ainda por meio da página da Operadora na Internet;
- exclusão do Beneficiário Titular do Contrato;
- constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente;
- falecimento do titular.

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

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

20. Os benefícios poderão ser cancelados:

- por minha solicitação expressa, como **beneficiário** titular, à **Administradora**;
- automaticamente, por falta de pagamento de 1(um) valor mensal por prazo superior a 30 (trinta) dias, com a minha consequente exclusão e a de meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), ressalta-se que o referido cancelamento não o exime do pagamento de débitos das mensalidades não quitadas, inclusive quanto ao registro no cadastro de proteção ao crédito - SPC e SERASA;
- pela perda da minha elegibilidade na Entidade;
- outros casos de cancelamentos 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 **UNIMED DE VOLTA REDONDA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO**, Operadora especializada em saúde, localizada na Rodovia dos Metalúrgicos, 2500 - Jardim Belvedere - Volta Redonda - RJ - Inscrita no CNPJ/MF sob nº 35.917.970/0001-30 - e na ANS sob o nº 36.458-4.

24. Devo encaminhar prontamente à **Administradora** e/ou à **Operadora**, quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprovatórios 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 devida análise da Operadora, 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 de novas coberturas 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 0800 771 4799 em horário comercial.**

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

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

1.Via Administradora - 2. Via Beneficiário

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

11 94502 4905



corporeadministradora.com.br



corporeadministradora



@Corpore_Adm

ERRATA DE DADOS CADASTRAIS

Assinatura retificador

Data retificação

GP	Nome:		
			CPF / CNPJ:
RG:	CNS:	Estado Civil:	Sexo:
Data de Nascimento:	PIS	Registro de Nascido Vivo:	

Nome da mãe:

GP	Nome:		
			CPF / CNPJ:
RG:	CNS:	Estado Civil:	Sexo:
Data de Nascimento:	PIS	Registro de Nascido Vivo:	

Nome da mãe:

GP	Nome:		
			CPF / CNPJ:
RG:	CNS:	Estado Civil:	Sexo:
Data de Nascimento:	PIS	Registro de Nascido Vivo:	

Nome da mãe:

GP	Nome:		
			CPF / CNPJ:
RG:	CNS:	Estado Civil:	Sexo:
Data de Nascimento:	PIS	Registro de Nascido Vivo:	

Nome da mãe:

Endereço:
<p>Havendo qualquer divergência de informação entre proposta e documento cadastral, autorizo previamente a devida retificação em relação aos meus dados cadastrais e de meus dependentes/agregados, para continuidade do processo de inclusão no plano de saúde.</p> <p style="text-align: center;">Volta Redonda, _____ de _____ de _____ .</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Assinatura (igual à do documento de identificação apresentado na contratação do plano):</p>

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

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

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

11 94502 4905



corporeadministradora.com.br



corporeadministradora



@Corpore_Adm

ANS nº 41.896-0



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº

ANS nº 36.458-4

Unimed 
Volta Redonda

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

DECLARAÇÃO

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para aceitação desta proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão, e a do(s) meu(s) dependete(s) indicado(s) nas páginas 01/15 desta proposta, ao benefício.

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

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

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal



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

 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 Unimed Volta Redonda



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 Unimed Volta Redonda
www.unimedvr.com.br





Beneficiário da operadora de saúde Unimed Volta Redonda, acesse:


 www.unimedvr.com.br


 0800 970 9039

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
Unimed Volta Redonda
ANS nº 36.458-4