



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



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

Data de Vigência:

Data de Vencimento:

1. IDENTIFICAÇÃO ENTIDADE

2. PROPONENTE TITULAR

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

3. DEPENDENTE(S)

1	Nome Completo (Sem Abreviação):										Valor R\$	
	Data de Nascimento		Idade	Sexo	CPF		Nº da Declaração de Nascido Vivo*			Cartão Nacional de Saúde		
	RG			Orgão Exp.		E C	G P	Nome da Mãe Completo				
2	Nome Completo (Sem Abreviação):										Valor R\$	
	Data de Nascimento		Idade	Sexo	CPF		Nº da Declaração de Nascido Vivo*			Cartão Nacional de Saúde		
	RG			Orgão Exp.		E C	G P	Nome da Mãe Completo				
3	Nome Completo (Sem Abreviação):										Valor R\$	
	Data de Nascimento		Idade	Sexo	CPF		Nº da Declaração de Nascido Vivo*			Cartão Nacional de Saúde		
	RG			Orgão Exp.		E C	G P	Nome da Mãe Completo				
4	Nome Completo (Sem Abreviação):										Valor R\$	
	Data de Nascimento		Idade	Sexo	CPF		Nº da Declaração de Nascido Vivo*			Cartão Nacional de Saúde		
	RG			Orgão Exp.		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

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.dezembro.2019.III

Reajuste mês base: setembro



PROPOSTA DE ADEÇÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

1. IDENTIFICAÇÃO DO PRODUTOR

Nome da Corretora _____

Código da Corretora _____

Nome do Vendedor / Angariador _____

CPF do Vendedor _____

Nome do Supervisor _____

Código do Supervisor _____

Nome do Gerente _____

Código do Gerente _____

2. PLANO PROPOSTA

Assinale abaixo o plano pretendido	Nome do Plano	Nr. Registro ANS	Acomodação	Tipo de Contratação	Abrangência
<input type="checkbox"/>	BV-Adesão / Enf / SP/ ABC	477.631/17-3	Enfermaria	Coletivo por Adesão	Grupo de Municípios

3. ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA

Arujá, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Ferraz de Vasconcelos, Guarulhos, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo, Suzano e Taboão da Serra.

3. VALOR POR PROPONENTE

	Idade	Valor em R\$
Titular	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependente 1	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependente 2	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependente 3	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dependente 4	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ATENÇÃO: Os valores indicados ao lado sofrerão alterações caso haja reajuste anual do contrato coletivo ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta proposta de adesão e a data de sua 1ª (primeira) cobrança, observando o disposto no item 18 da página 09/11 desta proposta.

Valor total em R\$

4. FORMA DE COBRANÇA (assinalar uma única opção de escolha)

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

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

*Vencimento de acordo com as datas de vigência, nos valores acordados.

**É imprescindível entrar em contato prévio com a Administradora, nos casos de alterações de 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, conforme disposto na Cláusula 20 das Condições Gerais.

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



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

5. 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.

Valor total em R\$

6. AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE INFORMAÇÕES

Desejo receber informações sobre os benefícios contratados, bem como mensagens com ofertas de novos serviços e benefícios, disponibilizadas através de e-mail e/ou SMS.

Não desejo receber informações e mensagens e, portanto não autorizo o envio, via e-mail e/ou SMS.

7. PLANO REFERÊNCIA DISPONÍVEL OFERECIDO: BV-ADESÃO / ENF / REFERÊNCIA / SP / ABC Nº 477.610/17-1

Declaro ter recusado a oferta do plano referência

Pela presente declaro que tenho conhecimento do Plano Referência acima explicitado, que me foi oferecido pela **BIOVIDA SAÚDE LTDA.**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 04.299.138/0001-94, registro ANS nº 41511-1, 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

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

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) beneficiário(a)

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

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problemas de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

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

A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

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

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

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

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

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário



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 TITULAR OU REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO TITULAR (Quando este for menor de 18 anos ou incapaz)

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



Fale com
a gente



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



11 94502 4905



corporeadministradora.com.br



[corporeadministradora](https://www.facebook.com/corporeadministradora)



[@Corpore_Adm](https://twitter.com/Corpore_Adm)

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Data de Vigência:

Data de Vencimento:

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

Item	Perguntas	Titular	Dependentes			
			1	2	3	4
1	Doenças cardíacas (coração grande, pressão-alta, arritmias, entre outros)? Especificar.					
2	Doenças vasculares (varizes, trombose, aneurisma, má circulação, derrames, entre outros)? Especificar.					
3	Doenças endócrinas e metabólicas (diabetes, tireóide, obesidade mórbida, entre outros)? Especificar.					
4	Doenças respiratórias (asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, entre outros)? Especificar.					
5	Doenças gastro intestinal (gastrite, esofagite, hemorroidas, fistulas, alterações no fígado, pâncreas, visícula biliar, entre outros)? Especificar.					
6	Hérnia (hiato, inguinal, incisionais, entre outros)? Especificar.					
7	Doenças do aparelho urinário (cálculos, infecções renais, cistites, insuficiência renal, incontinência urinária, entre outros)? Especificar.					
8	Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, fimose, infertilidade, entre outros)? Especificar.					
9	Doenças ginecológicas e das mamas (nódulos de mama, cisto de ovário, mioma, endometriose, sangramento, infertilidade, entre outros)? Especificar.					
10	Doenças do sangue (anemias, leucemias, hemofilia, linfomas, entre outros)? Especificar.					
11	Tumorações malignas ou benignas (câncer, tumores, nódulos, entre outros)? Especificar (ex. do aparelho digestivo, pele, mama, útero, tireóide, linfoma, etc.)					
12	Doenças reumáticas (artrite, febre reumática, lúpus, entre outros). Especificar					
13	Doenças neurológicas (paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, crise convulsiva, AVC, entre outros)? Especificar					
14	Doenças de pele (psoríase, câncer de pele, hiperidrose/sudação excessiva, entre outros)? Especificar					
15	Doenças infectocontagiosas (AIDS ou é portador do vírus HIV, hepatite, tuberculose, entre outros)? Especificar					
16	Problemas ortopédicos (artrose, hérnias de disco, problemas de coluna, dores no quadril e joelho, fraturas, osteoporose, tendinite, entre outros)? Especificar					
17	Doenças congênitas ou hereditárias (síndrome de down, cardiopatia congênita, lábio leporino, entre outros)? Especificar					
18	Doenças oftalmológicas (catarata, glaucoma, miopia, astigmatismo, estrabismo, alteração na retina ou córnea, entre outros)? Especificar					
19	Doenças dos ouvidos, nariz e garganta (amigdalite, diminuição da audição, tumores, desvio de septo, adenóide, otite, sinusite, entre outros)? Especificar					
20	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar ansiedade, entre outros)? Especificar					
21	Dependência química (cigarro, álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outros)? Especificar					
22	Realiza ou realizou diálise ou hemodiálise? Especificar					
23	Realiza ou realizou quimioterapia, branquiterapia ou radioterapia? Especificar					
24	Possui marcapasso?					
25	Possui prótese(s) (pinos, placas, parafusos, entre outros)? Especificar					
26	Já foi internado alguma vez ou foi submetido a alguma cirurgia ou tratamento não mencionado acima? Especificar					
27	Tem algum tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses?					
28	Sofre de alguma doença ou faz algum tratamento não mencionado ou NÃO DESCRITO acima? Especificar					

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

Quadro de peso e altura, indique abaixo as informações sobre o titular e seus dependentes

Unidade de Medida	Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4
Peso (kg)					
Altura (m)					

Com opção de CPT ou agravado (opção pelo agravado está sujeita aos requisitos previstos pelo contrato).

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos acima, indique abaixo o item, especificação e proponente

Item	Especificação	Proponente

Sofreu de alguma doença que tenha obrigado a submeter-se a tratamento clínico ou cirúrgico e ou exames? Especifique abaixo.

Item	Especificação	Proponente	Data do Evento

Este campo é destinado a comentários e informações a respeito das questões formuladas que você, declarante acha importante registrar

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas são verdadeiras, nos termos previstos no art. 5º da RN nº 162/07 e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais.

_____/_____/_____
Data

Consumidor proponente 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_Adms

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 **BIOVIDA SAÚDE LTDA.**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 04.299.138/0001-94, registro ANS nº 41511-1 (Operadora) e destinados à população que mantenha vínculo com a minha Entidade, que é a Pessoa Jurídica indicada na página 1 desta proposta.

2. A aceitação de minha Proposta depende da comprovação de meu vínculo com a Entidade sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo estão sendo entregues por mim ao vendedor, no ato da assinatura desta para a conferência pela **Administradora**, em até 15 (quinze) dias contados a partir da emissão desta **Proposta**, podendo esta ser recusada em razão da falta de minha elegibilidade. Em caso de recusa desta Proposta, o custo de implantação me será devolvido pela **CORPORE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DA SAÚDE - EIRELI**.

3. Sendo aprovada esta **Proposta**, os proponentes somente se utilizarão do serviço após o recebimento do cartão de identificação e orientador médico, que serão encaminhados via correio ao endereço informado na **Proposta de Adesão da Operadora**.

4. A responsabilidade pelas coberturas contratuais de assistência à saúde é da **Operadora**.

5. Poderão ser admitidos como dependentes do titular: cônjuge ou companheiro(a), convivente em união estável mediante comprovação na forma lei, filhos e/ou dependentes legalmente equipados a filhos, inválidos, de qualquer idade. A inclusão deverá respeitar o prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento, adoção ou matrimônio ou do início do convívio em comum, para aproveitamento de carências do Titular, desde que apresentada a documentação pertinente e cumprimento ou não dos prazos de carências, conforme estabelecido no Contrato Coletivo por Adesão.

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

7. 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).

8. A perda da qualidade de beneficiário dar-se-á em um dos seguintes casos: **Titular: a)** rescisão do Contrato Coletivo por Adesão entre a **Administradora e a Operadora; b)** cessão do vínculo entre o **Beneficiário** e a **Entidade; c)** constatação de fraude praticada pelo Beneficiário Titular, apurada de acordo com a legislação vigente; **d)** solicitação expressa do Beneficiário Titular à **Administradora ou à Operadora (RN 412); e)** falecimento. Dependente: a) casamento ou qualquer outra condição de perda de elegibilidade prevista neste contrato; b) constatação de fraude praticada pelo Dependente, apurada de acordo com a legislação vigente; c) exclusão do Beneficiário Titular do Contrato; d) solicitação expressa do Beneficiário; e) falecimento.

9. 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 do cartão de identificação do benefício, ou seja, se vier a autorizar terceiros a utilizar seu cartão de identificação para realização de quaisquer procedimentos, sem prejuízo da **Administradora e/ou Operadora**, adotarem as medidas judiciais cabíveis para se ressarcir dos danos sofridos.

10. O Beneficiário Titular deverá preencher a Declaração de Saúde, no momento da adesão contratual, ou mesmo na inclusão posterior de dependentes, informando o conhecimento de Doenças e Lesões Pré-existentes 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.

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 as **Administradora**.

12. O contrato coletivo firmado entre a **Administradora** e a **Operadora**, contrato 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. Em caso de rescisão do contrato coletivo, a **Administradora** me fará a comunicação desse fato, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

13. Serão cobertas as despesas efetuadas com serviços médicos-hospitalares relacionadas no <<Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde>> e suas respectivas atualizações, instituídos pela ANS, no tratamento das doenças codificadas na versão 10 da Classificação Estatística Internacional de Doença e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde.

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

14. As coberturas excluídas são aquelas que não se incluem no Rol de Procedimentos e Eventos de Saúde da ANS, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei 9656/98 e nas normas regulamentares da ANS.

15. Depende de autorização prévia pela **Operadora** a realização de: serviços auxiliares de diagnose; serviços auxiliares de terapia; serviços ambulatoriais; exames especiais, internações e remoções.

16. As características relativas ao tipo de plano, o padrão de acomodação em internação e a abrangência geográfica estão definidas na página 02 desta **Proposta**.

17. Reajuste, independente da data de minha **Proposta**, o valor mensal poderá sofrer reajustes legais contratuais na data de Aniversário do Contrato entre a Entidade, Administradora e Operadora a ocorrer sempre no mês de **JUNHO** 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, que venha a ser autorizado pela ANS, em conformidade com as normas e legislações em vigor.

18. Reajustes por mudança de Faixa Etária, ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários inscritos que importe em deslocamento para a faixa superior, o valor mensal correspondente ao(s) beneficiário(s) com alteração de faixa etária, sofrerá reajuste automaticamente, no mês subsequente ao do aniversário, conforme percentuais definidos para as faixas etárias, apresentados no quadro abaixo:

Faixa etária	BV-Adesão/Enf/SP/ABC 477.631.173
De 00 a 18 anos	0,00%
De 19 a 23 anos	22,70%
De 24 a 28 anos	30,00%
De 29 a 33 anos	4,48%
De 34 a 38 anos	3,34%
De 39 a 43 anos	10,00%
De 44 a 48 anos	29,49%
De 49 a 53 anos	29,51%
De 54 a 58 anos	29,51%
59 anos ou mais	45,50%

19. Os prazos de carência são os períodos nos quais os proponentes não terão direito a determinadas coberturas. Haverá prazos de carências para utilização das coberturas conforme estipulado no Contrato Coletivo por Adesão da Operadora firmado com a Administradora, conforme quadro de carências apresentado abaixo. Para efeito de redução de carências devem-se observar as condições exigidas na Proposta de Redução de Carência da Operadora, observando as normas da legislação em vigor. E ainda, a aplicação de carências obedecerá ao disposto na Resolução Normativa da ANS 195/09 e atualizações posteriores.

Quadro de Carências

Item	Cobertura	Carência Contratual
1	Atendimento em prontos-socorros em caso de urgência e emergência	24 horas
2	Consultas e exames simples em regime ambulatorial	180 dias
3	Procedimentos ambulatoriais e exames especializados	180 dias
4	Exames e análises clínicas, cirurgias ambulatoriais e exames para diagnósticos	180 dias
5	Exames e tratamentos de alta complexidade	180 dias
6	Internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos de complexidade	180 dias
7	Parto a Termo	300 dias
8	Doenças e lesões pré-existentes	720 dias

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

20. A data de vencimento do pagamento do valor mensal, bem como sua forma, serão aquelas indicadas na Proposta, sendo que a falta de pagamento na data de seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal e acrescido juros de mora de 1% ao mês, (0,033% ao dia) sobre o valor do débito em atraso. No período de inadimplência, poderá ocorrer suspensão do atendimento dos beneficiários contratados, cuja utilização somente será reestabelecida em até 03 (três) dias úteis, a partir da quitação do(s) valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto no item 21 desta Proposta. Fica estabelecido que a suspensão dos atendimentos por inadimplência será de 30 (trinta) dias, sendo que após este prazo ocorrerá a exclusão do beneficiário do plano, caso o débito não esteja quitado junto à Administradora.

21. Os beneficiários poderão ser cancelados: **a)** por minha solicitação expressa, como beneficiário titular, à **Administradora ou à Operadora**, observando o disposto no item 8 (oito) desta **Proposta**; **b)** pela perda da minha elegibilidade na **Entidade**; **c)** automaticamente, por falta de pagamento do valor mensal até o último dia da vigência referente, caracterizado por atraso com período superior a 30 (trinta) dias, mediante prévia notificação. No caso de cancelamento do benefício, haverá minha exclusão e a de meu(s) beneficiário(s) dependente(s), não isentando a cobrança do(s) valor(es) não pago(s), incluindo juros e multa, podendo este(s) débito(s) ser(em) encaminhado(s) aos Órgãos de Proteção ao Crédito.

22. 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 de cobertura, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu consentimento.

23. Não haverá nenhuma continuidade destas coberturas nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei 9565/98, que cuidam da continuidade assistencial em casos de demissão e aposentadoria em contratos coletivos empresariais, hipóteses essas totalmente diversas das que se aplicam a esta **Proposta**.

24. Doenças ou Lesões Preexistentes são aquela a qual eu e/ou meu(s) dependente(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 (CTP), 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 de cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s). Caso haja necessidade de entrevista qualificada, esta será solicitada pela Operadora.

25. Devo encaminhar prontamente à Administradora e/ou Operadora, quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas.

26. Poderei desistir desta Proposta, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à Administradora, no prazo máximo de 07 (sete) dias, contados a partir da data de minha assinatura neste instrumento, autorizando a cobrança do custo de implantação e do valor mensal, caso esse prazo não seja observado.

27. As transferências de plano somente serão aceitas após ter sido completado um ano da vigência do Contrato, por ocasião de sua renovação, e, posteriormente, a cada 12 (doze) meses, durante o mês de aniversário do Contrato, desde que, em qualquer hipótese, a Contratante e o Beneficiário estejam em dia com suas obrigações contratuais e ciente de que:

a) Nas transferências de plano não poderá haver exclusão de dependentes incluídos no Contrato.

b) Nos casos em que o beneficiário esteja em cumprimento de prazos de carências, os prazos restantes deverão ser cumpridos na vigência contratual do Plano para o qual tenha ocorrido a transferência.

c) Nos casos em que a transferência ocorrer para Plano com padrão superior, onde for garantido o acesso a profissionais e acomodações não constantes do Plano anterior, deverão ser cumpridos períodos de carências limitadas a 180 (cento e oitenta) dias, para aquisição do direito de utilização da parcela adicional das coberturas representadas pela transferência.

28. A segunda via do boleto bancário e a cópia do Contrato Coletivo por Adesão poderá ser emitida no site, através do endereço www.corporeadministradora.com.br. Em caso de dúvidas, favor entrar em contato com o nosso SAC (11) 2124-1888 - São Paulo e Grande São Paulo - horário comercial ou 0800 771 4799 - para demais regiões.

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

Corpore Administradora Bio Vida Saúde
ANS nº 41.896-0 **ANS nº 41.511-1**

FOLHA RETIFICADORA

1. DADOS DO TITULAR

Nome Proponente Titular (sem abreviação)						
Data de Nascimento	Idade	Sexo	CPF	Estado Civil	Cédula de Identidade / RG (nº/UF)	
Nome Completo da Mãe (sem abreviação)						
Telefone Residencial ()	Telefone para recados ()		Telefone Celular ()		Naturalidade	
E-mail			Profissão / Formação			
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

3. DEPENDENTE(S)

1	Nome Completo (Sem Abreviação):					Idade	Sexo
	Data de Nascimento	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde	E C	G P	
	RG	Orgão Exp.	Nome da Mãe Completo				
2	Nome Completo (Sem Abreviação):					Idade	Sexo
	Data de Nascimento	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde	E C	G P	
	RG	Orgão Exp.	Nome da Mãe Completo				
3	Nome Completo (Sem Abreviação):					Idade	Sexo
	Data de Nascimento	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde	E C	G P	
	RG	Orgão Exp.	Nome da Mãe Completo				
4	Nome Completo (Sem Abreviação):					Idade	Sexo
	Data de Nascimento	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo*	Cartão Nacional de Saúde	E C	G P	
	RG	Orgão Exp.	Nome da Mãe Completo				

Códigos para indicação de Estado Civil (E C):

1- Solte. | 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 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 Bio Vida Saúde

 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 Bio Vida Saúde
www.biovidasaude.com.br

 Beneficiário da operadora de saúde Bio Vida Saúde acesse:

 www.biovidasaude.com.br
 sac@biovidasaude.com.br
 (11) 4872 0707 / 4063 3550

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](https://www.facebook.com/corporeadministradora)  @Corpore_Adm

Baixe
nosso app!



@PLANOS DE
SAÚDE ON-LINE

 Google
★★★★★
Nos recomende
e avalie

Corpore Adm
ANS nº 41.896-0
Biovida
ANS nº 41.511-1