

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			
5	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

Pág. 01/12



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência:

Data de Vencimento:

4. CONTRATAÇÃO DE PLANO

Atenção: Verifique a disponibilidade do plano de saúde pretendido conforme a entidade indicada. Todos os dependentes serão cadastrados na mesma categoria de plano do proponente titular.

Assinale abaixo o plano pretendido	Nome do Plano	Nr. Registro ANS	Acomodação	Segmentação Assistencial	Abrangência
<input type="checkbox"/>	Safira	482.188/19-2	Coletivo	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Grupo de Municípios
<input type="checkbox"/>	Rubi	482.187/19-4	Individual	Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia	Grupo de Municípios

5. RECIBO DE PAGAMENTO

ATENÇÃO: O valor indicado ao lado sofrerá alteração caso haja reajuste anual do contrato coletivo de plano de saúde ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta proposta e a sua 1ª (primeira) cobrança, observado o disposto no item 15 da página 9.

Valor total em R\$

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

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

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

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

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

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

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal

7. DECLARAÇÃO

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para a aceitação desta proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) na página 2.

8. PLANO REFERÊNCIA

Declaro ter recusado a oferta do 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 Registro Nº 481.978/18-1, que me foi oferecido pela **Santa Casa de Mauá Saúde**, classificada como Operadora de Planos de Saúde, devidamente registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob nº 42.119-7, estabelecida na Avenida Dom José Gaspar, 1.374 - Vila Assis Brasil, Mauá - SP, inscrita no CNPJ/MF sob nº 08.225.953/0001-60, doravante designada CONTRATADA.

9. TAXA DE CORRETAGEM

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

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

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

Declaro que as informações aqui prestadas e os documentos apresentados são absolutamente verdadeiros e completos, e me responsabilizo civil e criminalmente por eles.

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.

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

Em cumprimento à RN 162/2007, e alterações posteriores 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 e alterações posteriores).

b) Cobertura Parcial Temporária (CPT) - aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal (art. 2º, inciso II e art. 10, inciso I, ambos da RN 162/2007 - ANS).

c) Agravo - qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário (art. 2º, inciso III e art. 10, inciso II, ambos da RN 162/2007 - ANS)

d) Entrevista Qualificada - O objetivo da entrevista qualificada é orientar o beneficiário para o correto preenchimento da Declaração de Saúde, onde são declaradas as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, além de esclarecer questões relativas aos direitos de cobertura e consequências da omissão de informações. (Art. 5º, §3º, da RN 162/2007 - ANS).

Observação: é facultado o oferecimento ou não do Agravo, como opção à CPT, conforme o art.6º, paragrafo 1º, da RN 162/2007

2. Atenção:

2.1- A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes (DLP), como sendo aquelas que o próprio Proponente tenha conhecimento, ou seja, saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação (art. 10, parágrafo único, da RN 162/2007), em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

2.2- No preenchimento dessa Declaração de Saúde, o Proponente deverá informar o conhecimento de DLP, quando da assinatura do contrato/proposta de adesão, sob pena de caracterização de fraude, ficando sujeito à suspensão da cobertura ou rescisão unilateral do contrato/proposta de adesão (art. 5º, caput, da RN 162/2007 - ANS).

2.3- A omissão de informação sobre a existência da doença ou lesão preexistente da qual o Proponente saiba ser portador no momento do preenchimento desta declaração, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do Contrato. Nesse caso, o Proponente será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida a partir da data em que tiver recebido comunicação ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada. (caso esta venha a ser comprovada junto à ANS). Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do contrato e nem do atendimento.

2.4- O Proponente tem o direito de preencher o formulário de Declaração de Saúde:

a) mediante entrevista qualificada orientada por um médico pertencente à rede própria ou credenciada da Santa Casa de Mauá Saúde sem qualquer ônus (art. 5º, parágrafo 1º e art 10, inciso III, ambos da RN 162/2007 - ANS); ou

b) mediante orientação de médico não pertencente à rede própria ou credenciada da Santa Casa de Mauá, podendo ser médico de sua confiança,

desde que assuma as despesas financeiras da entrevista/honorários do médico escolhido (art. 5º, parágrafo 2º e art 10, inciso III, ambos da RN 162/2007 - ANS)

2.5- Caso seja declarada alguma Doença ou Lesão Preexistente (DLP), o plano de saúde estará sujeito a Cobertura Parcial Temporária (CPT).

2.6- Identificação indício de fraude por parte do Proponente (beneficiário titular) - 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.

2.7- Após decisão sobre o processo de apuração de omissão de DLP na ANS, poderá ocorrer a suspensão ou cancelamento do contrato/adesão. Nesse caso, o proponente (beneficiário titular) ficará responsável pelo pagamento de eventuais despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão preexistente (DLP) omitida, a partir da data de recebimento do comunicado ou notificação pela Santa Casa de Mauá Saúde, sobre a existência da irregularidade.

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

O objetivo desta Declaração de Saúde é registrar as informações sobre as doenças ou lesões de que o proponente titular e/ou seu(s) dependente(s) saiba(m) ser portador(es) ou sofredor(es), seja por diagnóstico feito, conhecido ou em andamento, e das quais tenham conhecimento na data da assinatura da Proposta acima referida.

Proponente Titular

Nome completo _____

Itens da Declaração de Saúde

Para o preenchimento desta Declaração de Saúde, o proponente titular tem a opção de ser orientado por um médico indicado pela Operadora, sem ônus financeiro para o proponente, ou por um médico de sua livre escolha, caso em que as despesas com os honorários serão inteiramente de sua responsabilidade.

Responda às questões abaixo fornecendo as informações solicitadas assinalando "S" para as respostas afirmativas e "N" para as respostas negativas, no que diz respeito ao proponente titular e também aos seus dependentes.

Item	Perguntas	Titular	Dependentes				
			1	2	3	4	5
1	Sofre ou sofreu de doenças das veias (varizes, trombose, hemorroidas ou outras)?						
2	Sofre ou sofreu de doenças do aparelho cardio-circulatório (angina, infarto, pressão alta, ponte de safena, sopro ou outra)?						
3	Sofre ou sofreu de doenças endócrina ou metabólica (diabetes, tireóide, obesidade ou outra)?						
4	Sofre ou sofreu de doenças do aparelho digestivo (gastrite, úlcera, colite, doença da vesícula biliar, doença dos intestinos ou outra)?						
5	Sofre ou sofreu de hérnia de qualquer tipo (inguinal, umbilical, incisional ou outra)?						
6	Sofre ou sofreu de doença do sangue ou imunológica (anemia, púrpura, talassemia ou outra)?						
7	Sofre ou sofreu de doença do aparelho genito-urinário (cálculos, infecção dos rins, insuficiência renal, doenças da bexiga, doença da uretra ou outra)?						
8	Sofre ou sofreu de doença do sistema nervoso e cérebro vascular (derrame, paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, epilepsia ou outra)?						
9	Sofre ou sofreu de doença do ouvido, nariz e garganta (diminuição da audição, desvio do septo, sinusite, amigdalite ou outra)?						
10	Sofre ou sofreu de doença crônica do aparelho respiratório (asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição ou outra)?						
11	Sofre ou sofreu de doença ortopédica (artrose, hérnia de disco, deformidades ósseas ou outra)?						
12	Sofre ou sofreu de doença reumatológica (artrite, reumatismo, febre reumática, lupus ou outra)?						
13	Sofre ou sofreu de doença ginecológica e de mama (doença do períneo, mioma, cisto de ovário, cisto de mama, incontinência urinária ou outra)?						
14	Sofre ou sofreu de doença relacionada ao HIV (AIDS e suas complicações infecciosas ou degenerativas)?						
15	Sofre ou sofreu de doença ou tumoração benigna ou maligna (câncer, leucemia ou outra)?						
16	Sofre ou sofreu de doença ou infecciosa (hepatite, tuberculose ou outra)?						
17	Sofre ou sofreu de doença dos órgãos genitais masculinos (doença da próstata, hidrocele, fimose ou outra)?						
18	Sofre ou sofreu de doença da visão (catarata, glaucoma, alterações da retina e da córnea, miopia, astigmatismo ou outra)?						
19	Sofre ou sofreu de doença ou transtorno mental e comportamental (retardo mental, esquizofrenia, síndrome ou outras)?						
20	Sofre ou sofreu de mal formação congênita, deformidade e/ou anomalia cromossômica (síndrome de down, pé torto, doença cardíaca, rins policísticos ou outra)?						
21	Sofre ou sofreu de lesão provocada por causa externa ou dermatológica (queimadura, trauma, envenenamento, cicatriz cirúrgica, quelóide ou outra)?						
22	Faz ou fez uso habitual de álcool, drogas, é ou foi fumante?						
23	Já foi submetido a algum procedimento cirúrgico (inclusive parto)?						

Obesidade: IMC 30 a 49

 Cálculo IMC: $\frac{\text{Peso}}{\text{Altura} \times \text{Altura}}$

Obesidade Mórbida: IMC 30 a 49,9

Informe	Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Dependente 5
Altura em metros (por exemplo: 1,80)						
Peso em (kg) (por exemplo: 81)						

Local e Data _____

Beneficiário Titular ou Responsável Legal _____

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário


 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: _____

Comentários

Se desejar, utilize o espaço abaixo para comentários e informações adicionais sobre as perguntas formuladas nas páginas anteriores, que o(a) Sr.(a) considere importante registrar.

Uso Exclusivo da Operadora - Avaliação Médica do grau de risco no caso de doenças e/ou lesões pré-existentes

Proponente	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5
Agravo (código)						
Cobertura Parcial Temporária (código)						

Observações:

Responsável: _____

Código: _____

Assinatura: _____

Caso o proponente titular ou qualquer de seus dependentes apresentem alguma resposta afirmativa em alguma das perguntas da página 6, favor informar abaixo o motivo, o tratamento e a periodicidade, o(s) exame(s) feito(s) com seu(s) resultado(s), ou qualquer outra informação ou dado importante para a avaliação médica.

Item	Data do Evento	Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5	Especificações

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

- 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 sofredor, 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 SANTA CASA DE MAUÁ SAÚDE, 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.
 - Agravo: 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.
- Às doenças ou lesões declaradas nesta Declaração de Saúde é oferecida Cobertura Parcial - CTP pela Santa Casa de Mauá Saúde, de acordo com o prazo e condições de suspensão de cobertura conforme descrito no item 3.

Declaro que fui orientado por médico particular, não indicado pela Santa Casa de Mauá Saúde | Plano Médico Santa Casa, para o preenchimento desta Declaração de Saúde.

Declaro que dispensei orientação médica a mim declarada para o preenchimento desta Declaração de Saúde por julgar-me capacitado a fazê-lo por minha própria conta, pelo que respondo integralmente.

Declaro que fui orientado por médico preposto para o preenchimento desta Declaração de Saúde.

Declaro que as informações, por mim prestadas nesta Declaração de Saúde, são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade. Previstos no art. 5º da RN nº162/07.

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

Assinatura do titular

Assinatura do médico orientador, com carimbo e CRM

_____ de _____ de _____

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

A **SANTA CASA DE MAUÁ SAÚDE**, inscrita no CNPJ/MF sob nº nº 08.225.953/0001-60, isenta de Inscrição Estadual, situada à AV DOM JOSE GASPAR, 168 , Mauá - SP, CEP: 09370-670, em cumprimento ao disposto nas Resoluções Normativas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, disponibiliza e entrega nesta data.

1. Este instrumento é minha Proposta de Adesão (Proposta) aos contratos de plano de assistência à saúde, coletivos por adesão, celebrados entre a CORPORE ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS DA SAÚDE LTDA, CNPJ 17.670.901/0001-93 e na ANS 41.896-0 (a “Administradora”) e, doravante “Operadora”, a SANTA CASA DE MAUÁ SAÚDE, inscrita no CNPJ/MF sob nº 08.225.953/0001-60, e na ANS 42.119-7 e destinados à população que mantenha vínculo com a minha Entidade, que é a Pessoa Jurídica indicada na página 1 desta proposta.

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

3. Segmentação Assistencial do Plano de Saúde:

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

4. Área Geográfica de Abrangência dos Planos de Saúde e Área de atuação:

É a especificação nominal do (s) estados (s) ou município (s) que compõem as áreas de abrangência estadual, grupo de estados, grupo de municípios ou municipal. É importante que o beneficiário fique atento a estas informações, uma vez que as especificações da área de abrangência e área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Municípios: Mauá | Ribeirão Pires | Santo André | São Bernardo do Campo | São Caetano do Sul

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

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

7. O Contrato poderá ser extensivo a) O (a) cônjuge. I b) O (a) companheiro (a), havendo união estável na forma de lei, devidamente comprovada, sem concorrência com o cônjuge, salvo por decisão judicial. I c) Os (as) filhos (as) e enteado (as) solteiros (as) até 21 anos, 11 meses e 29 dias, não emancipados. I d) Os (as) filhos (as) solteiros (as) e enteado (as) estudantes universitários até 23 anos, 11 meses e 29 dias, desde que devidamente comprovado. I e) Os (as) menores que, por determinação judicial, se encontrem sob a guarda e responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR ou sob sua tutela. I f) Filhos (as) comprovadamente incapaz (es). A inclusão deverá respeitar o prazo máximo de 30 (trinta) dias após o nascimento, adoção, matrimônio ou do início do convívio em comum para aproveitamento da carência do titular, desde que apresentada a documentação pertinente e cumprimento ou não do prazo de carência, conforme estabelecido no Contrato Coletivo por Adesão.

8. Sou o único responsável pelos documentos e informações 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).

9. CARÊNCIAS

9.1. Observadas as disposições, a abrangência geográfica e as coberturas dos planos contratados, aos beneficiários fica assegurado o direito à assistência médica, hospitalar e obstétrica, de diagnóstico e terapia, necessária ao tratamento das doenças constantes do CID - Versão 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), observados o Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e as carências estabelecidas e elencadas no contrato entre a ENTIDADE ADERENTE e a OPERADORA.

9.2. As coberturas excluídas são aquelas que não se incluem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente e editado pela ANS, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº 9.656/98 e nas normas regulamentares da ANS na data do evento.

9.3. A assistência prevista neste instrumento será prestada aos Beneficiários regularmente inscritos, observadas as condições deste instrumento e as coberturas do produto contratado. Os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data da vigência do plano:

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

Carência

Grupo de Carências	Procedimentos / Eventos Médicos e/ou Hospitalares cobertos	CAR-50 Novo Beneficiário	CAR-51 De 6 a 12 meses	CAR-52 De 13 a 24 meses	CAR-53 Acima de 24 meses
Grupo 0	Atendimento em Pronto-Socorros, nos casos de Urgência ou Emergência, resultada de acidente pessoal ou complicações gestacional	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
Grupo I	Consultas Eletivas, Exames laboratoriais, Análises Clínicas em bioquímica, hematologia, radiologia simples, eletrocardiograma, quando realizados na Rede credenciada, com devidas autorizações	30 dias	15 dias	15 dias	15 dias
Grupo II	Além dos benefícios acima, Teste Ergométrico, Testes de alergia, testes e exames oftalmológicos, teste e exames em Otorrinolaringologia, teste de imunológica e testes ortópteros	90 dias	60 dias	40 dias	30 dias
Grupo III	Além dos benefícios acima, demais exames de Análises clínicas, Cirurgias ambulatoriais simples (porte zero), exames de Anatomia Patológica, Colpocitopatologia, Citopatologia, Exames Endoscópicos, Provas de função pulmonar, exames de Líquor, Mapeamento de retina, Exames Angiológicos (Vascular periférico), Eletroneuro-miografia Citologia oncológica, Densimetria Óssea, Exames com contrastes, Terapias, Mamografia, Endoscopia, Teste Ergométrico, Ultrassonografia e Eletroencefalografia, Mamografia e Endoscopia	120 dias	90 dias*	70 dias*	50 dias*
Grupo IV	Além dos benefícios acima, Internações clínicas e cirúrgicas, Videolaparoscopia, Radiologia Intervencionais, Tomografias, Medicina Nuclear, Tratamento Terapêutico contratualmente cobertos pelo Rol de Procedimentos da ANS	180 dias	120 dias*	90 dias*	60 dias*
Grupo V	Além dos benefícios acima, diálise e hemodiálise, Procedimentos clínicos ou cirúrgicos relacionados a transplantes cobertos contratualmente e de acordo com o Rol de Procedimentos da ANS, implantes, Internações Psiquiátricas, Internações de doenças infecto-contagiosas, Hemodinâmica, Neurocirurgia e Cirurgia Cardíaca, Quimioterapia e Radioterapia	180 dias	180 dias	180 dias	180 dias
Grupo VI	Além dos benefícios acima - Cobertura para parto a termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias

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

11. 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.

12. A data de vencimento do pagamento do valor mensal, bem como sua forma, serão aquelas indicadas na Proposta de Adesão, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal e acréscimo e mora de 1% ao mês (0,033 ao dia) sobre o valor do débito em atraso. No período de inadimplência, poderá ocorrer a suspensão automática das coberturas, cuja utilização somente será restabelecida em até 72 horas (03 dias), a partir da quitação do (s) valor (es) pendentes (s) e devida compensação bancária, acréscido (s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto no item 19 desta Proposta.

13. 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.

14. Conforme cláusula do Contrato Coletivo por Adesão, independentemente da data da minha Proposta, o valor mensal poderá sofrer reajustes legais e contratuais na data de Aniversário do Contrato entre Administradora e a Operadora a ocorrer sempre no mês **NOVEMBRO** 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.

15. Reajuste por Mudança de faixa etária (anexo I - contrato coletivo por adesão) , a variação do preço em razão da faixa etária somente incidirá quando o Beneficiário completar a idade limite, o reajuste somente será aplicado no mês subsequente, de acordo com os valores então vigentes, conforme faixas etárias e percentuais a saber: 00 a 18 anos: 0,00%, 19 a 23 anos: 10,00%, 24 a 28 anos: 15,00%, 29 a 33 anos: 4,00%, 34 a 38 anos: 4,00%, 39 a 43 anos: 16,00%, 44 a 48 anos: 40,00%, 49 a 53 anos: 17,00%, 54 a 58 anos: 25,00%, 59 anos ou +: 50,00%.

16. 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.

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.

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

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) por motivo de falecimento do beneficiário; e) outros casos de cancelamento previstos na regulamentação da Resolução Normativa (RN) 412.

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. 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 pela coberturas contratuais é da SANTA CASA DE MAUA SAÚDE, Operadora especializada em saúde, localizada AV. DOM JOSE GASPAR, 168, Mauá - SP, CEP 09370-670, inscrita no CNPJ/MF sob nº 08.225.953/0001-60, – e na ANS sob nº 42.119-7.

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

23. 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.

24. 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.

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

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

1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

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):						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	
5	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	

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



PROPOSTA DE ADESÃO

Contratos Coletivos por Adesão - CCA

Nº



Data de Vigência: _____

Data de Vencimento: _____

DECLARAÇÃO

Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para aceitação desta proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão, e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) nas páginas 01/12 desta proposta, ao benefício.

Declaro receber, neste ato, a Carta de orientação ao Beneficiário e da Declaração de Saúde e cópia da Presente Proposta. Estou ciente que o(s) cartão (ões) de identificação (ões) do(s) beneficiário (s) e a lista de prestadores referenciados Santa Casa de Mauá (www.santacasamausaude.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.

Nome legível do vendedor	CPF do vendedor
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Local e Data

Beneficiário Titular ou Responsável Legal



1. Via Administradora - 2. Via Beneficiário

Corpore Administradora Santa Casa Mauá

ANS nº 41.896-0

ANS nº 42.119-7



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

Entrega 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 Santa Casa de Mauá



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 Santa Casa de Mauá
www.santacasamausaude.com.br



Beneficiário da operadora de saúde Santa Casa de Mauá, acesse:

www.santacasamausaude.com.br

11 4512 1300

CAC - Central de Atendimento ao Cliente

ouvidoria@santacasamausaude.com.br

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



@PLANOS DE
SAÚDE ON-LINE

Google
★★★★★
Nos recomende
e avalie

Corpore Adm
ANS nº 41.896-0
Santa Casa Mauá
ANS nº 42.119-7