

## Contrato de Adesão

Proposta nº 42639574

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica, coletivos por adesão.

Início da vigência do(s) benefício(s):

20 / 07 / 20 21

Entidade:

UBE

Matrícula (uso exclusivo da Administradora de Benefícios)

## PROPONENTE TITULAR

E-mail CLDGNCVS91@GMAIL.COM			
DDD + Telefone residencial		DDD + Telefone celular 11 964279420	DDD + Telefone comercial
Nome completo NICOLE FERREIRA FRANÇA			
(continuação)		Nome da mãe completo JULIETE FERREIRA FRANÇA	
(continuação)			
Data de nascimento 27/01/2016	Sexo F	Estado civil SOLTEIRO	Naturalidade (cidade, estado e país)
PIS/PASEP	RG	Órgão expedidor	CPF 50785920838
Endereço residencial completo (endereço para cobrança <input checked="" type="checkbox"/> RUA CLEMENTE FALCÃO			383
CEP 08320330	Cidade PARQUE SÃO RAFAEL	SÃO PAULO	UF SP
Endereço comercial completo (endereço para cobrança <input type="checkbox"/> 			
CEP	Cidade		UF
Profissão/formação ESTUDANTE INFANTIL		Cargo/função/ocupação	
Nº de registro/inscrição na entidade		Nº de registro/inscrição no conselho regional/federal (quando aplicável)	
Nº do Cartão Nacional de Saúde		Nº da Declaração de Nascido Vivo*	

## REPRESENTANTE LEGAL\*\*

E-mail CLDGNCVS91@GMAIL.COM			
Nome completo CLAUDIO FERREIRA GONCALVES			
CPF 39949445892	RG 480547877	Órgão expedidor	Data de nascimento 02/10/1991
Sexo M	Estado Civil CASADO	Grau de parentesco PAI	DDD + Telefone celular 11 964279420

## EMPRESA

Razão Social	
CNPJ	Ramo de atividade
Sindicato	

## DEPENDENTES

1	Nome completo		
	Data de nascimento	Sexo	Estado civil
	Parentesco		CPF
	Nome da mãe		
	PIS/PASEP	Nº do Cartão Nacional de Saúde	Nº da Declaração de Nascido Vivo*
2	Nome completo		
	Data de nascimento	Sexo	Estado civil
	Parentesco		CPF
	Nome da mãe		
	PIS/PASEP	Nº do Cartão Nacional de Saúde	Nº da Declaração de Nascido Vivo*

\* Para nascidos a partir de 01/01/10.

\*\*Em caso de menor ou incapaz.

## Contrato de Adesão

Proposta nº 42639574

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica, coletivos por adesão.

## DEPENDENTES (continuação)

3	Nome completo				
	Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Parentesco	CPF
	Nome da mãe				
	PIS/PASEP	Nº do Cartão Nacional de Saúde		Nº da Declaração de Nascido Vivo*	
4	Nome completo				
	Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Parentesco	CPF
	Nome da mãe				
	PIS/PASEP	Nº do Cartão Nacional de Saúde		Nº da Declaração de Nascido Vivo*	
5	Nome completo				
	Data de nascimento	Sexo	Estado civil	Parentesco	CPF
	Nome da mãe				
	PIS/PASEP	Nº do Cartão Nacional de Saúde		Nº da Declaração de Nascido Vivo*	

\* Para nascidos a partir de 01/01/10.

## PLANO PRETENDIDO

Assinale abaixo, com um "X", o plano pretendido.

**ATENÇÃO:** verifique a disponibilidade do plano de saúde pretendido conforme a entidade indicada na página 1. Todos os dependentes serão cadastrados obrigatoriamente na mesma categoria de plano do proponente titular.

Assinale abaixo o plano pretendido	Planos	Mecanismo de Regulação	Código ANS	Abrangência geográfica	Segmentação assistencial	Acomodação em internação	Múltiplo de reembolso de consultas médicas
PLANOS PARA ENTIDADES ESTUDANTIS							
PLANOS COM COPARTICIPAÇÃO							
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 RJ CA CP S/OBS</b>	Coparticipação*	482.454/19-7	Grupo de municípios**	Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 UP + RMCA CA S/OBS CP ENF</b>	Coparticipação*	487.206/20-1	Grupo de municípios**	Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 300 GE CA CP S/OBS ENF</b>	Coparticipação*	487.208/20-8	Grupo de municípios**	Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>ADVANCE 600 AD S/OBST CP ENF</b>	Coparticipação*	486.241/20-4	Nacional	Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia	Coletiva	1,00***

\* Os valores de coparticipação estão descritos no item 9 das páginas 9 e 10 desta Proposta.

\*\* Para saber mais sobre a abrangência geográfica de cada plano, consulte o *Manual do Beneficiário*.\*\*\* Para mais informações sobre os múltiplos de reembolso de consultas médicas e o acesso à livre escolha de prestadores, consulte o *Manual do Beneficiário*.

## Contrato de Adesão

Proposta nº 42639574

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica, coletivos por adesão.

## PLANO PRETENDIDO

Assinale abaixo, com um "X", o plano pretendido.

**ATENÇÃO:** verifique a disponibilidade do plano de saúde pretendido conforme a entidade indicada na página 1. Todos os dependentes serão cadastrados obrigatoriamente na mesma categoria de plano do proponente titular.

Assinale abaixo o plano pretendido	Planos	Mecanismo de Regulação	Código ANS	Abrangência geográfica	Segmentação assistencial	Acomodação em internação	Múltiplo de reembolso de consultas médicas
PLANOS PARA ENTIDADES ESTUDANTIS							
PLANOS SEM COPARTICIPAÇÃO							
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 RJ CA S/OBS</b>	Sem coparticipação	482.453/19-9	Grupo de municípios*	Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input checked="" type="checkbox"/>	<b>SMART 200 UP + RMCA CA S/OBS ENF</b>	Sem coparticipação	487.205/20-3	Grupo de municípios*	Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 300 GE CA S/OBS ENF</b>	Sem coparticipação	487.207/20-0	Grupo de municípios*	Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>ADVANCE 600 AD S/OBST ENF</b>	Sem coparticipação	486.239/20-2	Nacional	Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia	Coletiva	1,00**

\* Para saber mais sobre a abrangência geográfica de cada plano, consulte o *Manual do Beneficiário*.\*\* Para mais informações sobre os múltiplos de reembolso de consultas médicas e o acesso à livre escolha de prestadores, consulte o *Manual do Beneficiário*.

## PLANO PRETENDIDO

Assinale abaixo, com um "X", o plano pretendido.

**ATENÇÃO:** verifique a disponibilidade do plano de saúde pretendido conforme a entidade indicada na página 1. Todos os dependentes serão cadastrados obrigatoriamente na mesma categoria de plano do proponente titular.

Assinale abaixo o plano pretendido	Planos	Mecanismo de Regulação	Código ANS	Abrangência geográfica	Segmentação assistencial	Acomodação em internação	Múltiplo de reembolso de consultas médicas
PLANOS COM COPARTICIPAÇÃO							
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 150 ABC CA CP</b>	Coparticipação*	481.928/18-4	Grupo de municípios**	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 JUNDIAI. COPART</b>	Coparticipação*	474.403/15-9	Grupo de municípios**	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 SOROCABA COPART</b>	Coparticipação*	474.329/15-6	Grupo de municípios**	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 ABC CA CP ENF</b>	Coparticipação*	477.845/17-6	Grupo de municípios**	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 SP CA CP ENF</b>	Coparticipação*	477.827/17-8	Municipal**	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 GUARULHOS CA CP ENF</b>	Coparticipação*	477.832/17-4	Municipal**	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso

\* Os valores de coparticipação estão descritos no item 9 das páginas 9 e 10 desta Proposta.

\*\* Para saber mais sobre a abrangência geográfica de cada plano, consulte o *Manual do Beneficiário*.

## Contrato de Adesão

Proposta nº 42639574

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica, coletivos por adesão.

Assinale abaixo o plano pretendido	Planos	Mecanismo de Regulação	Código ANS	Abrangência geográfica	Segmentação assistencial	Acomodação em internação	Múltiplo de reembolso de consultas médicas
<b>PLANOS COM COPARTICIPAÇÃO</b>							
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 SP OESTE CA CP ENF</b>	Coparticipação*	480.082/18-6	Grupo de municípios**	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 ALTO TIETÊ CA CP</b>	Coparticipação*	483.062/19-8	Grupo de municípios**	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 RJ CA CP</b>	Coparticipação*	481.672/18-2	Grupo de municípios**	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 AMERICANA CA CP ENF</b>	Coparticipação*	486.528/20-6	Grupo de municípios**	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 CAMPINAS CA CP ENF</b>	Coparticipação*	486.523/20-5	Grupo de municípios**	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 UP + RMCA CA CP ENF</b>	Coparticipação*	486.517/20-1	Grupo de municípios**	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 300 GE CA CP ENF</b>	Coparticipação*	486.579/20-1	Grupo de municípios**	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 400. COPART (ENF)</b>	Coparticipação*	474.464/15-1	Grupo de municípios**	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 400. COPART (APTO)</b>	Coparticipação*	474.463/15-2	Grupo de municípios**	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Individual	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 500. COPART (ENF)</b>	Coparticipação*	474.451/15-9	Grupo de municípios**	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 500. COPART (APTO)</b>	Coparticipação*	474.450/15-1	Grupo de municípios**	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Individual	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>ADVANCE 600 COPART (ENF)</b>	Coparticipação*	474.337/15-7	Nacional	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	1,00***
<input type="checkbox"/>	<b>ADVANCE 600 COPART (APTO)</b>	Coparticipação*	474.336/15-9	Nacional	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Individual	1,00***
<input type="checkbox"/>	<b>ADVANCE 700 COPART (ENF)</b>	Coparticipação*	474.343/15-1	Nacional	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	1,00***
<input type="checkbox"/>	<b>ADVANCE 700. COPART (APTO)</b>	Coparticipação*	474.434/15-9	Nacional	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Individual	1,00***

\* Os valores de coparticipação estão descritos no item 9 das páginas 9 e 10 desta Proposta.

\*\* Para saber mais sobre a abrangência geográfica de cada plano, consulte o *Manual do Beneficiário*.

\*\*\* Para mais informações sobre os múltiplos de reembolso de consultas médicas e o acesso à livre escolha de prestadores, consulte o *Manual do Beneficiário*.

# Contrato de Adesão

**Proposta nº 42639574**

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica, coletivos por adesão.

Assinale abaixo o plano pretendido	Planos	Mecanismo de Regulação	Código ANS	Abrangência geográfica	Segmentação assistencial	Acomodação em internação	Múltiplo de reembolso de consultas médicas
<b>PLANOS COM COPARTICIPAÇÃO</b>							
<input type="checkbox"/>	<b>PREMIUM 900.1 COPART</b>	Coparticipação*	474.353/15-9	Nacional	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Individual	3,20**

\*Os valores de coparticipação estão descritos no item 9 das páginas 9 e 10 desta Proposta.

 \*\*Para mais informações sobre os múltiplos de reembolso de consultas médicas e o acesso à livre escolha de prestadores, consulte o *Manual do Beneficiário*.

## PLANO PRETENDIDO

Assinale abaixo, com um "X", o plano pretendido.

**ATENÇÃO:** verifique a disponibilidade do plano de saúde pretendido conforme a entidade indicada na página 1. Todos os dependentes serão cadastrados obrigatoriamente na mesma categoria de plano do proponente titular.

Assinale abaixo o plano pretendido	Planos	Mecanismo de Regulação	Código ANS	Abrangência geográfica	Segmentação assistencial	Acomodação em internação	Múltiplo de reembolso de consultas médicas
<b>PLANOS SEM COPARTICIPAÇÃO</b>							
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 150 ABC CA</b>	Sem coparticipação	481.926/18-8	Grupo de municípios*	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 JUNDIAI</b>	Sem coparticipação	474.328/15-8	Grupo de municípios*	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 SOROCABA.</b>	Sem coparticipação	474.409/15-8	Grupo de municípios*	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 ABC CA ENF</b>	Sem coparticipação	477.844/17-8	Grupo de municípios*	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 SP CA ENF</b>	Sem coparticipação	477.826/17-0	Municipal*	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 GUARULHOS CA ENF</b>	Sem coparticipação	477.831/17-6	Municipal*	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 SP OESTE CA ENF</b>	Sem coparticipação	480.081/18-8	Grupo de municípios*	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 ALTO TIETÊ CA</b>	Sem coparticipação	483.063/19-6	Grupo de municípios*	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 RJ CA</b>	Sem coparticipação	481.680/18-3	Grupo de municípios*	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 AMERICANA CA ENF</b>	Sem coparticipação	486.527/20-8	Grupo de municípios*	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso

 \* Para saber mais sobre a abrangência geográfica de cada plano, consulte o *Manual do Beneficiário*.

## Contrato de Adesão

**Proposta nº 42639574**

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica, coletivos por adesão.

Assinale abaixo o plano pretendido	Planos	Mecanismo de Regulação	Código ANS	Abrangência geográfica	Segmentação assistencial	Acomodação em internação	Múltiplo de reembolso de consultas médicas
<b>PLANOS SEM COPARTICIPAÇÃO</b>							
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 CAMPINAS CA ENF</b>	Sem coparticipação	486.522/20-7	Grupo de municípios*	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 200 UP + RMCA CA ENF</b>	Sem coparticipação	486.516/20-2	Grupo de municípios*	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 300 GE CA ENF</b>	Sem coparticipação	486.580/20-4	Grupo de municípios*	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 400 (ENF)</b>	Sem coparticipação	474.454/15-3	Grupo de municípios*	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 400 (APTO)</b>	Sem coparticipação	474.465/15-9	Grupo de municípios*	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Individual	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 500 (ENF)</b>	Sem coparticipação	474.453/15-5	Grupo de municípios*	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>SMART 500 (APTO)</b>	Sem coparticipação	474.452/15-7	Grupo de municípios*	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Individual	Não possui reembolso
<input type="checkbox"/>	<b>ADVANCE 600. (ENF)</b>	Sem coparticipação	474.441/15-1	Nacional	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	1,00**
<input type="checkbox"/>	<b>ADVANCE 600. (APTO)</b>	Sem coparticipação	474.440/15-3	Nacional	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Individual	1,00**
<input type="checkbox"/>	<b>ADVANCE 700. (ENF)</b>	Sem coparticipação	474.435/15-7	Nacional	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Coletiva	1,00**
<input type="checkbox"/>	<b>ADVANCE 700 (APTO)</b>	Sem coparticipação	474.342/15-3	Nacional	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Individual	1,00**
<input type="checkbox"/>	<b>PREMIUM 900.1.</b>	Sem coparticipação	474.425/15-0	Nacional	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia	Individual	3,20**
<input type="checkbox"/>	<b>BASIC</b>	Sem coparticipação	408.050/99-5	Nacional	Referência	Coletiva	Não possui reembolso

 \* Para saber mais sobre a abrangência geográfica de cada plano, consulte o *Manual do Beneficiário*.

 \*\* Para mais informações sobre os múltiplos de reembolso de consultas médicas e o acesso à livre escolha de prestadores, consulte o *Manual do Beneficiário*.



## Contrato de Adesão

Proposta nº 42639574

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica, coletivos por adesão.

Operadora:

## VALOR POR PROPONENTE

	Idade	Valor em R\$
Titular	5	167,24
Dependente 1		
Dependente 2		
Dependente 3		
Dependente 4		
Dependente 5		
<b>Valor total em R\$</b>		<b>167,24</b>

**ATENÇÃO:** Os valores indicados ao lado sofrerão alteração caso haja reajuste anual dos contratos coletivos (em Maio) ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta Proposta e a data da sua 1ª (primeira) cobrança, observado o disposto no item 19 das páginas 14, 15, 16, 17, 18 e 19 desta Proposta. O valor total abaixo deverá ser pago mensalmente.

## PLANO ODONTOLÓGICO

**PREMIUM PLUS F CA**  
cód. ANS 464.413/11-1

**Segmentação assistencial:** odontológica.  
**Abrangência geográfica:** nacional.  
**Plano com franquia.**

O plano odontológico Premium Plus F CA está incluído na contratação do plano de saúde.

## REEMBOLSO

Opção de conta-corrente bancária do proponente titular para depósito de reembolso pela Operadora, exclusivamente nos casos previstos nas condições contratuais de cada plano:

Nº do banco	Banco	Nº da agência	DV	Nº da conta-corrente	DV



## COBRANÇA



## Débito automático em conta-corrente

Nº do banco	Banco	Nº da agência	DV	Nº da conta-corrente	DV

Estou ciente e concordo que a Administradora de Benefícios proceda mensalmente com o débito automático em minha conta corrente (mencionada acima), de acordo com os valores pactuados. Confirmando também estar ciente que, em caso de não processamento do débito automático, haverá a disponibilização de um boleto bancário para a realização do pagamento da mensalidade do benefício contratado. Reconheço que é de minha responsabilidade verificar a necessidade para a autorização prévia do débito em conta corrente junto ao banco.



## Boleto bancário

Estou ciente e concordo que a Administradora de Benefícios envie mensalmente o boleto bancário para o e-mail disponível em meu cadastro, bem como comprometo-me em manter atualizada essa informação.

**ATENÇÃO:** a Administradora de Benefícios também disponibiliza o boleto digital e/ou outros meios de pagamentos no site ([www.clubedesaudefonline.com.br](http://www.clubedesaudefonline.com.br)), no aplicativo e pelos canais de atendimento.

## AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE INFORMAÇÕES

- ☐ Autorizo receber comunicações sobre ofertas de novos serviços e benefícios, por meio dos dados de contato registrados em meu cadastro.
- ☐ Não autorizo receber comunicações sobre ofertas de novos serviços e benefícios, por meio dos dados de contato registrados em meu cadastro.
- ☐ Autorizo receber newsletters com informações sobre saúde e bem-estar.
- ☐ Não autorizo receber newsletters com informações sobre saúde e bem-estar.

Estou ciente que receberei esta Proposta eletronicamente gerada e assinada através do e-mail informado na página 1. Além disso, declaro que concordo que a Administradora de Benefícios utilize meus dados de contato registrados nesta Proposta, e as atualizações que eu venha a fazer durante o período de vigência do meu contrato, para o envio de avisos, notificações e comunicações relacionados ao benefício contratado.

**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

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura eletrônica do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório

## Contrato de Adesão

Proposta nº 42639574

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica, coletivos por adesão.

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 meu **Contrato de Adesão** (a “**Proposta**”) aos contratos de plano de assistência à saúde e de plano de assistência odontológica, coletivos por adesão (os “**benefícios**”), celebrados entre o Clube de Saúde Administradora de Benefícios Ltda. e, respectivamente, a Notre Dame Intermédica Saúde S.A. (a “**Operadora**”), e destinados à população que mantenha vínculo com a minha “**Entidade**”, que é a Pessoa Jurídica indicada na página 1 desta **Proposta**.
2. Mantenho vínculo com a **Entidade** indicada na página 1 desta **Proposta**, sendo que a documentação comprobatória desse vínculo está sendo entregue por mim ao angariador, no ato da assinatura desta, para que seja conferida pela **Administradora de Benefícios**, podendo esta **Proposta** ser recusada em razão da falta de minha elegibilidade.
3. Serão aceitos como dependentes o meu cônjuge ou meu(minha) companheiro(a); o(a) meu(minha) filho(a) solteiro(a) até 40 (quarenta) anos de idade incompletos (39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias); o(a) meu(minha) enteado(a) solteiro(a) até 40 (quarenta) anos de idade incompletos (39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias); o(a) meu(minha) filho(a) inválido(a) solteiro(a) de qualquer idade; o(a) meu(minha) curatelado(a); o(a) menor solteiro(a) sob a minha guarda ou tutela judicial até 21 (vinte e um) anos incompletos de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA; o meu pai e a minha mãe; o(a) meu(minha) irmão(ã); o(a) meu(minha) tio(a); e o(a) meu(minha) sobrinho(a) até 40 (quarenta) anos de idade incompletos (39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias). Estou ciente de que, caso eu seja elegível à entidade Estudantil, também poderei incluir dependentes no(s) **benefício(s)**, respeitadas as seguintes condições: caso eu tenha idade a partir de 4 (quatro) anos até 17 (dezesete) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias, somente poderei incluir como meus dependentes na **Proposta** o meu pai e a minha mãe; caso eu tenha idade acima de 18 (dezoito) anos, somente poderei incluir como meus dependentes na **Proposta** o meu cônjuge ou meu(minha) companheiro(a); o(a) meu(minha) filho(a) solteiro(a) até 40 (quarenta) anos de idade incompletos (39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias); o(a) meu(minha) enteado(a) solteiro(a) até 40 (quarenta) anos de idade incompletos (39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias); o(a) meu(minha) filho(a) inválido(a) solteiro(a) de qualquer idade; o(a) meu(minha) curatelado(a) e o(a) menor solteiro(a) sob a minha guarda ou tutela judicial até 21 (vinte e um) anos incompletos de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA.
4. 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 do(s) **benefício(s)**, sabendo que omissões ou dados errôneos acarretarão a perda de todos os meus direitos, bem como os do(s) meu(s) dependente(s), decorrentes do(s) **benefício(s)**.
5. Analisada a documentação e as informações prestadas nesta **Proposta**, de acordo com a legislação vigente, ocorrerá a implantação pela **Operadora** e o(s) **benefício(s)** terá(ão) início na data indicada no campo “Início da vigência do(s) **benefício(s)**”, na página 1 da presente, e tanto eu quanto meu(s) dependente(s) passaremos a ser denominados “**beneficiários**”.
6. Assim que eu assumir a condição de **beneficiário** titular, ficam outorgados à **Administradora de Benefícios** amplos poderes para me representar, assim como o(s) meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), perante a **Operadora** e outros órgãos, em especial a **ANS**, no cumprimento e/ou nas alterações deste(s) **benefício(s)**, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.
7. Os contratos coletivos firmados entre a **Administradora de Benefícios** e a **Operadora**, contrato(s), que passarei a integrar, será(ão) renovado(s), automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra



denúncia, por escrito, de qualquer das partes, seja pela **Administradora de Benefícios** ou pela **Operadora**. A vigência dos(s) **benefício(s)** indicada na página 1 desta **Proposta** não se confunde com a vigência do(s) contrato(s) coletivo(s). Em caso de rescisão desse(s) contrato(s) coletivo(s), a **Administradora de Benefícios** me fará a comunicação desse fato, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

**8.** Poderei, assim como meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), utilizar o(s) **benefício(s)** por meio dos prestadores próprios da **Operadora** de acordo com o plano contratado, respeitadas as condições contratuais de cada plano. Estou ciente de que, o atendimento para às especialidades de Ortopedia (cirurgias ortopédicas eletivas); Oncologia; Procedimentos eletivos na especialidade de Bucomaxilofacial; Cirurgias Gástricas eletivas; Acompanhamento de Gestação de Risco; Cardiologia (Cirurgias Cardiovasculares eletivas); Neurocirurgias eletivas e Otorrinolaringologia (procedimentos eletivos) está sujeito à Direcionamento exclusivamente a profissionais e Prestador da Rede Própria ou Credenciada da **Operadora**, disponibilizados no momento da autorização do procedimento. Estou ciente também, de que a **Operadora** utiliza o mecanismo de regulação Porta de Entrada, onde as consultas médicas serão realizadas nos Centros Clínicos Próprios da **Operadora** ou nos Consultórios particulares dos médicos especialistas credenciados de acordo o plano contratado. Os exames complementares externos, os serviços auxiliares de Terapia, as internações e demais atendimentos serão realizados nos locais indicados pela **Operadora**, exclusivamente dentro de sua Rede Própria ou Credenciada, específicos para cada plano e desde que solicitados pelo médico assistente, quando autorizados previamente pelo departamento médico da **Operadora**, resguardadas as situações de urgência ou emergência. Estou ciente também, de que, exclusivamente em casos de urgência ou emergência comprovada, ocorrida em localidades onde não seja possível a utilização dos serviços próprios ou credenciados da **Operadora**, dentro da área geográfica e atuação do plano contratado, poderei utilizar o sistema de reembolso parcial de despesas médicas, nos limites das obrigações contratuais, de acordo com a relação de preços de serviços médicos e hospitalares praticados pelo respectivo produto, nos termos da legislação vigente. No caso de contratação de plano da linha ADVANCE 600, ADVANCE 700 ou PREMIUM 900.1, poderei utilizar o **benefício** por meio dos prestadores credenciados da Operadora bem como poderei utilizar o sistema de reembolso parcial de despesas para casos de urgência ou emergência e também para procedimentos eletivos. Estou ciente também, de que, em todos os casos do uso do sistema de reembolso parcial, deverão ser respeitados a abrangência geográfica e os limites das condições contratuais do plano escolhido, conforme informados no *Manual do Beneficiário*, sendo certo que o valor do reembolso não será, sob nenhuma hipótese, superior ao valor efetivamente pago por mim para as respectivas despesas.

**9.** Alguns planos desse contrato coletivo por adesão, identificados nas páginas 2, 3, 4 e 5 desta **Proposta**, possuem entre os seus mecanismos de regulação a coparticipação, que é a participação na despesa assistencial a ser paga pelo **beneficiário** sempre que houver a realização de consultas, exames, terapias e internações, respeitadas as resoluções e instruções normativas da **ANS**, vigentes à época da estipulação do contrato de plano de saúde coletivo por adesão (o “benefício”) e conforme o quadro de valores indicado a seguir:

Valores de Coparticipação <sup>1</sup>					
	PLANOS DAS LINHAS SMART 150, 200, 300 e 400	LINHA SMART 500 (Cód. ANS nº 474.451/15-9 e 474.450/15-1)	LINHA ADVANCE 600 (Cód. ANS nº 474.337/15-7, 474.336/15-9 e 486.241/20-4)	LINHA ADVANCE 700 (Cód. ANS nº 474.343/15-1 e 474.434/15-9)	PREMIUM 900.1 COPART
Consultas Eletivas <sup>2</sup>	R\$ 20,00	R\$ 20,00	R\$ 25,00	R\$ 30,00	R\$ 35,00
Consulta em Pronto Socorro	R\$ 35,00	R\$ 35,00	R\$ 40,00	R\$ 45,00	R\$ 50,00

<sup>1</sup> Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente na mesma ocasião descrita no item 19 das páginas 14, 15, 16, 17, 18 e 19 desta Proposta.

<sup>2</sup> Será garantida a isenção da cobrança da coparticipação no caso de consulta de retorno, desde que realizada pelo mesmo Especialista, no período de 30 (trinta) dias da última consulta.

## Contrato de Adesão

Proposta nº 42639574

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica, coletivos por adesão.

### Valores de Coparticipação<sup>1</sup>

	<b>PLANOS DAS LINHAS SMART 150, 200, 300 e 400</b>	<b>LINHA SMART 500</b> (Cód. ANS nº 474.451/15-9 e 474.450/15-1)	<b>LINHA ADVANCE 600</b> (Cód. ANS nº 474.337/15-7, 474.336/15-9 e 486.241/20-4)	<b>LINHA ADVANCE 700</b> (Cód. ANS nº 474.343/15-1 e 474.434/15-9)	<b>PREMIUM 900.1 COPART</b>
Exames Simples*	R\$ 12,00	R\$ 12,00	R\$ 12,00	R\$ 12,00	R\$ 15,00
Exames Especiais*	R\$ 25,00	R\$ 25,00	R\$ 30,00	R\$ 35,00	R\$ 40,00
Terapias Simples	R\$ 8,00	R\$ 8,00	R\$ 8,00	R\$ 8,00	R\$ 10,00
Terapias Complexas	Isenta	Isenta	Isenta	Isenta	Isenta
Internação <sup>3</sup>	R\$ 200,00	R\$ 200,00	R\$ 250,00	R\$ 250,00	R\$ 400,00
Limite de Desconto**	R\$ 75,00	R\$ 100,00	R\$ 150,00	R\$ 150,00	R\$ 200,00

<sup>1</sup> Os valores de coparticipação serão reajustados anualmente na mesma ocasião descrita no item 19 das páginas 14, 15, 16, 17, 18 e 19 desta Proposta.

<sup>3</sup> Não haverá cobrança de coparticipação para internações realizadas na Rede Própria da Operadora.

\* A classificação dos exames pode ser consultada no portal ou na Central de Atendimento da Notre Dame Intermédica.

\*\* Desconto máximo por beneficiário / mês - exceto internação.

**10.** Quando da utilização do sistema de reembolso, conforme condições dispostas na cláusula 8, o valor correspondente à coparticipação será deduzido do valor a ser reembolsado ao **beneficiário**.

**11.** O **benefício** de plano de assistência à saúde cobrirá as despesas com serviços médico-hospitalares, de acordo com o plano contratado, assim como o **benefício** de plano de assistência odontológica cobrirá as despesas com os procedimentos odontológicos, ambos relacionados no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde” e suas diretrizes, instituídos pela **ANS**, no tratamento das doenças codificadas na versão 10 da *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde* (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), observadas as condições gerais deste(s) **benefício(s)**.

**12.** Além das coberturas referidas no item 11, este **benefício** de plano de assistência à saúde pode oferecer, conforme as condições de cada plano, coberturas e/ou benefícios adicionais, e também coberturas e/ou **benefícios** opcionais (desde que contratados), detalhados no *Manual do Beneficiário*, que receberei após a aceitação desta **Proposta**.

**13.** As coberturas excluídas do **benefício** de plano de assistência à saúde e do **benefício** de plano de assistência odontológica são aquelas que não se incluem no “Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde”, da **ANS**, nem nas coberturas adicionais eventualmente oferecidas por estes **benefícios**, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº 9.656/98 e nas normas regulamentares da **ANS**, cuja relação está detalhada no *Manual do Beneficiário*.

**14.** 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 do(s) **benefício(s)**. Haverá prazos de carência para utilização do(s) **benefício(s)**, conforme tabela indicativa abaixo. Para efeitos de isenção de carências, devem-se observar as normas regulamentares da **ANS** e a legislação em vigor e, se houver redução de carências, deve-se observar o Aditivo de Redução de Carências que acompanha esta **Proposta**.

**Prazos de carência para os planos com a segmentação assistencial  
"Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia"**

GRUPO	PROCEDIMENTOS	CARÊNCIA CONTRATUAL
1	Atendimentos de Urgência e Emergência.	24 (vinte e quatro) horas
2	Consultas Médicas – Rede Própria.	30 (trinta) dias
3	Consultas Médicas – Rede Credenciada.	30 (trinta) dias
4	Exames simples – Rede Própria.	30 (trinta) dias
5	Exames simples – Rede Credenciada.	30 (trinta) dias
6	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero – Rede Própria.	180 (cento e oitenta) dias
7	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero - Rede Credenciada.	180 (cento e oitenta) dias
8	Terapias Especiais, Exames Especiais, Internações (clínicas e cirúrgicas) e demais procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 - Rede Própria.	180 (cento e oitenta) dias
9	Terapias Especiais, Exames Especiais, Internações (clínicas e cirúrgicas) e demais procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 - Rede Credenciada.	180 (cento e oitenta) dias
10	Transplantes, Implantes, Terapia Imunobiológica, Próteses e Órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética; Internações Psiquiátricas, Diálise/Hemodiálise, Cirurgias Refrativas e Obesidade Mórbida.	180 (cento e oitenta) dias
11	Partos a termo.	300 (trezentos) dias

**Prazos de carência para os planos com a segmentação assistencial  
"Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia"**

GRUPO	PROCEDIMENTOS	CARÊNCIA CONTRATUAL
1	Atendimentos de Urgência e Emergência.	24 (vinte e quatro) horas
2	Consultas Médicas – Rede Própria.	30 (trinta) dias
3	Consultas Médicas – Rede Credenciada.	30 (trinta) dias
4	Exames simples – Rede Própria.	30 (trinta) dias
5	Exames simples – Rede Credenciada.	30 (trinta) dias
6	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero – Rede Própria.	180 (cento e oitenta) dias
7	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero – Rede Credenciada.	180 (cento e oitenta) dias

**Prazos de carência para os planos com a segmentação assistencial  
"Ambulatorial + Hospitalar sem obstetrícia"**

GRUPO	PROCEDIMENTOS	CARÊNCIA CONTRATUAL
<b>8</b>	Terapias Especiais, Exames Especiais, Internações (clínicas e cirúrgicas) e demais procedimentos, exceto o grupo 10 - Rede Própria.	180 (cento e oitenta) dias
<b>9</b>	Terapias Especiais, Exames Especiais, Internações (clínicas e cirúrgicas) e demais procedimentos, exceto o grupo 10 - Rede Credenciada.	180 (cento e oitenta) dias
<b>10</b>	Transplantes, Implantes, Terapia Imunobiológica, Próteses e Órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética; Internações Psiquiátricas, Diálise/Hemodiálise, Cirurgias Refrativas e Obesidade Mórbida.	180 (cento e oitenta) dias

**Prazos de carência para o plano de assistência odontológica**

PROCEDIMENTOS	CARÊNCIA CONTRATUAL
Urgência e Emergência, Diagnóstico, Intervenção Clínica, Extração Simples.	24 (vinte e quatro) horas
Radiologia, Prevenção em Saúde Bucal, Dentística, Cirurgia, Periodontia, Endodontia.	60 (sessenta) dias

**15.** Doença ou lesão preexistente é aquela da qual eu ou meu(s) proponente(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 (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do **benefício**, a suspensão da 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).

**16.** Depende de validação prévia de procedimentos (VPP) pela **Operadora** a realização de exames, terapias, cirurgias ambulatoriais, remoções e internações clínicas e cirúrgicas eletivas, conforme condições constantes do *Manual do Beneficiário*.

**17.** As características do(s) **benefício(s)** relativas a: (i) segmentação assistencial; (ii) acomodação em internação; e (iii) abrangência geográfica estão definidas nas páginas 2, 3, 4, 5 e 6 desta **Proposta**, a área de atuação dos planos constam no *Manual do Beneficiário* e a área de comercialização consta no quadro a seguir:

Planos	Área de Comercialização
SMART 150 ABC CA SMART 150 ABC CA CP	Diadema, Santo André e São Bernardo do Campo
SMART 200 SP CA CP ENF SMART 200 SP CA ENF	São Paulo
SMART 200 SP OESTE CA CP ENF SMART 200 SP OESTE CA ENF	Barueri, Carapicuíba, Cotia, Embu das Artes, Jandira, Itapevi, Osasco e Taboão da Serra

## Contrato de Adesão

**Proposta nº 42639574**

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica, coletivos por adesão.

Planos	Área de Comercialização
SMART 200 GUARULHOS CA CP ENF SMART 200 GUARULHOS CA ENF	Arujá, Guarulhos
SMART 200 ABC CA CP ENF SMART 200 ABC CA ENF	Cubatão, Diadema, Guarujá, Mauá, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano, Santos, São Vicente e Ribeirão Pires
SMART 200 AMERICANA CA ENF SMART 200 AMERICANA CA CP ENF	Americana, Nova Odessa, Santa Bárbara D`Oeste e Sumaré
SMART 200 CAMPINAS CA ENF SMART 200 CAMPINAS CA CP ENF	Campinas e Hortolândia
SMART 200 JUNDIAI. COPART SMART 200 JUNDIAI	Cajamar, Campo Limpo Paulista, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Várzea Paulista e Vinhedo
SMART 200 SOROCABA COPART SMART 200 SOROCABA.	Itu, Sorocaba e Votorantim
SMART 200 ALTO TIETÊ CA CP SMART 200 ALTO TIETÊ CA	Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Santa Isabel e Suzano
SMART 200 UP + RMCA CA S/OBS CP ENF SMART 200 UP + RMCA CA S/OBS ENF SMART 200 UP + RMCA CA ENF SMART 200 UP + RMCA CA CP ENF	Americana, Arujá, Barueri, Carapicuíba, Cajamar, Campinas, Campo Limpo Paulista, Caieiras, Cotia, Cubatão, Diadema, Embu das Artes, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarujá, Guarulhos, Hortolândia, Itaquaquecetuba, Itu, Itupeva, Itapevi, Jandira, Jundiaí, Louveira, Mauá, Mogi das Cruzes, Nova Odessa, Osasco, Poá, Santa Bárbara D`Oeste, Santa Isabel, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano, Santos, São Vicente, São Paulo, Sumaré, Suzano, Ribeirão Pires, Sorocaba, Taboão da Serra, Várzea Paulista, Vinhedo e Votorantim
SMART 200 RJ CA CP S/OBS SMART 200 RJ CA S/OBS SMART 200 RJ CA CP SMART 200 RJ CA	Belford Roxo, Duque de Caxias, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João do Meriti.
SMART 300 GE CA CP S/OBS ENF SMART 300 GE CA S/OBS ENF SMART 300 GE CA ENF SMART 300 GE CA CP ENF	Todas as cidades dos Smart 200
	<b>SÃO PAULO, REGIÃO METROPOLITANA, BAIXADA E ABC:</b> Embu-Guaçu, Francisco Morato, Franco da Rocha, Itapeceira da Serra, Jarinu, Mairiporã, Rio Grande da Serra, Santana de Parnaíba, Vargem Grande Paulista, Bertioga, Itanhaém, Mongaguá, Praia Grande.
	<b>SÃO PAULO INTERIOR:</b> Artur Nogueira, Cabreuva, Cosmópolis, Itatiba, Monte Mor, Paulínia, Salto de Pirapora, Valinhos.
	<b>RIO DE JANEIRO E GRANDE RIO:</b> Itaboraí, Magé, Maricá, Queimados.
SMART 400 (ENF) SMART 400. COPART (ENF) SMART 400. COPART (APTO) SMART 400 (APTO)	Todas as cidades do Smart 200, Smart 300 e mais
	<b>BAIXADA:</b> Peruíbe <b>SÃO PAULO INTERIOR:</b> Araçoiaba da Serra, Atibaia, Boituva, Bragança Paulista, Ibiuna, Itapira, Iperó, Jaguariuna, Porto Feliz, Salto, São Roque e Tatuí



Planos	Área de Comercialização
SMART 500. COPART (ENF) SMART 500. COPART (APTO) SMART 500 (ENF) SMART 500 (APTO)	Todas as cidades do Smart 200, Smart 300, Smart 400 e mais: <b>BAIXADA:</b> Caraguatatuba e São Sebastião <b>SÃO PAULO INTERIOR:</b> Guaratingueta, Lorena, Mogi-Guaçu e Mogi-Mirim <b>RIO DE JANEIRO E GRANDE RIO:</b> Itaguaí e Petrópolis
ADVANCE 600 AD S/OBST CP ENF ADVANCE 600 AD S/OBST ENF ADVANCE 600 COPART (ENF) ADVANCE 600 COPART (APTO) ADVANCE 600. (ENF) ADVANCE 600. (APTO) ADVANCE 700 COPART (ENF) ADVANCE 700. COPART (APTO) ADVANCE 700. (ENF) ADVANCE 700 (APTO)	Todas as cidades do Smart 200, Smart 300, Smart 400, Smart 500 e mais: <b>SÃO PAULO INTERIOR:</b> Alumínio e Mairinque
PREMIUM 900.1 COPART PREMIUM 900.1.	Todas as cidades da linha Smart e Advance
BASIC	Todas as cidades da linha Smart e Advance

**18.** A data de vencimento do pagamento do valor mensal do(s) **benefício(s)**, bem como dos eventuais valores de coparticipação, é a mesma data do início de vigência do(s) **benefício(s)** descrita na página 1, e sua forma será aquela indicada na página 7 desta **Proposta**, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do(s) **benefício(s)** e eventuais valores de coparticipação, além de juros de 1% (um por cento) ao mês (0,033% ao dia) sobre o valor total do(s) **benefício(s)** e eventuais valores de coparticipação. No caso de inadimplência do valor mensal do(s) **benefício(s)** por período superior a 90 (noventa) dias, a contar da data de seu vencimento, a **Administradora de Benefícios** adotará medidas para a cobrança dos valores em atraso, acarretando, inclusive, o envio das informações do **beneficiário** titular, ou de seu responsável legal, aos órgãos de serviço de proteção ao crédito, mediante prévia comunicação, conforme determina o *Código de Defesa do Consumidor*.

**19.** Independentemente da data da minha **Proposta**, o valor mensal do(s) **benefício(s)** poderá(ão) sofrer os seguintes reajustes: (i) reajuste anual (financeiro e/ou por índice de sinistralidade), que ocorre quando há alteração de custos, utilização dos serviços médicos e uso de novas tecnologias, nunca ocorrendo, porém, em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contados da data de assinatura do contrato coletivo (em Maio) ou da última aplicação do reajuste anual; (ii) reajuste por mudança de faixa etária, que ocorre quando o **beneficiário** completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava, conforme tabelas a seguir; (iii) reajuste(s) em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela **ANS**, contratado(s) entre a **Administradora de Benefícios** e a **Operadora**, além de previamente comunicado(s) ao **beneficiário**.

#### Planos com coparticipação - Entidades Estudantis

Faixa etária	SMART 200 RJ CA CP S/OBS	SMART 200 UP + RMCA CA S/OBS CP ENF	SMART 300 GE CA CP S/OBS ENF	ADVANCE 600 AD S/ OBST CP ENF
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%



## Contrato de Adesão

Proposta nº 42639574

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica, coletivos por adesão.

Faixa etária	SMART 200 RJ CA CP S/OBS	SMART 200 UP + RMCA CA S/OBS CP ENF	SMART 300 GE CA CP S/OBS ENF	ADVANCE 600 AD S/ OBST CP ENF
De 24 a 28 anos	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De 29 a 33 anos	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De 34 a 38 anos	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De 39 a 43 anos	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De 44 a 48 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 49 a 53 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 54 a 58 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
59 anos ou mais	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

### Planos sem coparticipação - Entidades Estudantis

Faixa etária	SMART 200 RJ CA S/ OBS	SMART 200 UP + RMCA CA S/OBS ENF	SMART 300 GE CA S/OBS ENF	ADVANCE 600 AD S/ OBST ENF
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De 24 a 28 anos	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De 29 a 33 anos	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De 34 a 38 anos	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De 39 a 43 anos	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De 44 a 48 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 49 a 53 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 54 a 58 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
59 anos ou mais	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

### Planos com coparticipação

Faixa etária	SMART 150 ABC CA CP	SMART 200 JUNDIAI.COPART	SMART 200 SOROCABA COPART	SMART 200 ABC CA CP ENF
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De 24 a 28 anos	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De 29 a 33 anos	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De 34 a 38 anos	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De 39 a 43 anos	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De 44 a 48 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 49 a 53 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%

## Contrato de Adesão

Proposta nº 42639574

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica, coletivos por adesão.

Faixa etária	SMART 150 ABC CA CP	SMART 200 JUNDIAI.COPART	SMART 200 SOROCABA COPART	SMART 200 ABC CA CP ENF
De 54 a 58 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
59 anos ou mais	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

Faixa etária	SMART 200 SP CA CP ENF	SMART 200 GUARULHOS CA CP ENF	SMART 200 SP OESTE CA CP ENF	SMART 200 ALTO TIETÊ CA CP
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De 24 a 28 anos	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De 29 a 33 anos	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De 34 a 38 anos	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De 39 a 43 anos	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De 44 a 48 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 49 a 53 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 54 a 58 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
59 anos ou mais	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

Faixa etária	SMART 200 RJ CA CP	SMART 200 AMERICANA CA CP ENF	SMART 200 CAMPINAS CA CP ENF	SMART 200 UP + RMCA CA CP ENF
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De 24 a 28 anos	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De 29 a 33 anos	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De 34 a 38 anos	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De 39 a 43 anos	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De 44 a 48 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 49 a 53 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 54 a 58 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
59 anos ou mais	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

Faixa etária	SMART 300 GE CA CP ENF	SMART 400. COPART (ENF)	SMART 400. COPART (APTO)	SMART 500. COPART (ENF)	SMART 500. COPART (APTO)
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De 24 a 28 anos	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%

## Contrato de Adesão

Proposta nº 42639574

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica, coletivos por adesão.

Faixa etária	SMART 300 GE CA CP ENF	SMART 400. COPART (ENF)	SMART 400. COPART (APTO)	SMART 500. COPART (ENF)	SMART 500. COPART (APTO)
De 29 a 33 anos	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De 34 a 38 anos	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De 39 a 43 anos	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De 44 a 48 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 49 a 53 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 54 a 58 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
59 anos ou mais	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

Faixa etária	ADVANCE 600 COPART (ENF)	ADVANCE 600 COPART (APTO)	ADVANCE 700 COPART (ENF)	ADVANCE 700. COPART (APTO)	PREMIUM 900.1 COPART
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De 24 a 28 anos	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De 29 a 33 anos	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De 34 a 38 anos	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De 39 a 43 anos	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De 44 a 48 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 49 a 53 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 54 a 58 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
59 anos ou mais	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

### Planos sem coparticipação

Faixa etária	SMART 150 ABC CA	SMART 200 JUNDIAI	SMART 200 SOROCABA.	SMART 200 ABC CA ENF	SMART 200 SP CA ENF
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De 24 a 28 anos	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De 29 a 33 anos	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De 34 a 38 anos	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De 39 a 43 anos	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De 44 a 48 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 49 a 53 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 54 a 58 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
59 anos ou mais	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

## Contrato de Adesão

Proposta nº 42639574

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica, coletivos por adesão.

Faixa etária	SMART 200 GUARULHOS CA ENF	SMART 200 SP OESTE CA ENF	SMART 200 ALTO TIETÊ CA	SMART 200 RJ CA	SMART 200 AMERICANA CA ENF
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De 24 a 28 anos	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De 29 a 33 anos	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De 34 a 38 anos	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De 39 a 43 anos	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De 44 a 48 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 49 a 53 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 54 a 58 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
59 anos ou mais	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

Faixa etária	SMART 200 CAMPINAS CA ENF	SMART 200 UP + RMCA CA ENF	SMART 300 GE CA ENF	SMART 400 (ENF)	SMART 400 (APTO)
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De 24 a 28 anos	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De 29 a 33 anos	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De 34 a 38 anos	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De 39 a 43 anos	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De 44 a 48 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 49 a 53 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 54 a 58 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
59 anos ou mais	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

Faixa etária	SMART 500 (ENF)	SMART 500 (APTO)	ADVANCE 600. (ENF)	ADVANCE 600. (APTO)
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De 24 a 28 anos	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De 29 a 33 anos	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De 34 a 38 anos	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De 39 a 43 anos	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De 44 a 48 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 49 a 53 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%

## Contrato de Adesão

**Proposta nº 42639574**

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica, coletivos por adesão.

Faixa etária	SMART 500 (ENF)	SMART 500 (APTO)	ADVANCE 600. (ENF)	ADVANCE 600. (APTO)
De 54 a 58 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
59 anos ou mais	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

Faixa etária	ADVANCE 700. (ENF)	ADVANCE 700 (APTO)	PREMIUM 900.1.	BASIC
Até 18 anos	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
De 19 a 23 anos	34,98%	34,98%	34,98%	34,98%
De 24 a 28 anos	18,18%	18,18%	18,18%	18,18%
De 29 a 33 anos	4,48%	4,48%	4,48%	4,48%
De 34 a 38 anos	3,34%	3,34%	3,34%	3,34%
De 39 a 43 anos	10,00%	10,00%	10,00%	10,00%
De 44 a 48 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 49 a 53 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
De 54 a 58 anos	30,00%	30,00%	30,00%	30,00%
59 anos ou mais	44,13%	44,13%	44,13%	44,13%

**20.** Devo solicitar e informar expressamente à **Administradora de Benefícios** toda e qualquer alteração cadastral, tal como a eventual perda de elegibilidade e o cancelamento da adesão aos **benefícios**, respeitando os prazos e as condições constantes do *Manual do Beneficiário*.

**21.** Poderei solicitar o cancelamento do plano de assistência à saúde à **Administradora de Benefícios**, de acordo com os normativos da legislação em vigor e observadas as condições constantes do *Manual do Beneficiário*. O plano de assistência à saúde poderá ser cancelada pela **Administradora de Benefícios** no caso de perda da minha elegibilidade ou pela falta de pagamento da mensalidade, **após 30 (trinta) dias contados do primeiro dia do vencimento** a qual se refere à mensalidade inadimplida, mediante comunicação prévia (SMS, e-mail ou carta simples), com a minha consequente exclusão e a de meu(s) dependente(s), além da cobrança dos valores em aberto. No caso de cancelamento do plano de assistência à saúde, haverá minha exclusão e a de meu(s) **beneficiário(s)** dependente(s), sem prejuízo da cobrança do(s) valor(es) não pago(s), incluídos juros e multa. Em caso de cancelamento do plano de assistência à saúde, tenho ciência que o plano de assistência odontológica também será cancelado. Tenho ciência de que o cancelamento do plano de assistência à saúde não isentará a quitação do(s) valor(es) pendente(s) referente à coparticipação.

**22.** No caso de cancelamento do(s) **benefício(s)**, desativarei imediatamente os cartões de identificação digitais, assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida dos **benefícios**, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu conhecimento.

**23.** O plano odontológico Premium Plus F CA é um benefício adicional no caso de aceitação desta **Proposta**, com direito às coberturas odontológicas de forma não onerosa, com exceção daquelas previstas no *Manual do Beneficiário* e relativas ao mecanismo de regulação "Franquia", que é a parcela financeira devida pelo **beneficiário** diretamente ao prestador dos serviços odontológicos. A tabela atualizada com a relação dos procedimentos e valores de franquias estará disponível para consulta no portal **www.gndi.com.br**. Aplicam-se ao plano odontológico as mesmas condições para efeitos de vigência e cancelamento.

**24.** Não haverá nenhuma continuidade do(s) **benefício(s)**, nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, que cuidam da continuidade assistencial em casos de demissão e aposentadoria em contratos coletivos empresariais, hipóteses essas totalmente diversas das que se aplicam a estes **benefícios**.

**25.** Poderei postular nova adesão ao(s) **benefício(s)**, após ser feita nova análise e aceitação das condições de minha elegibilidade e após ter quitado eventuais débitos anteriores. A nova adesão poderá estar sujeita ao cumprimento de novos prazos de carência parciais ou totais, de acordo com os normativos da legislação em vigor.

**26.** Portabilidade de Carências é a contratação de um novo plano de saúde, individual ou familiar, coletivo por adesão ou coletivo empresarial, regulamentado pela Lei nº 9.656/98 ou adaptado a ela, com registro na **ANS**, em uma mesma **operadora** ou em outra **operadora**, contratação essa na qual o **beneficiário** estará dispensado do cumprimento de novos períodos de carência e Cobertura Parcial Temporária (CPT), conforme disposto na Resolução Normativa 438 (RN 438), da ANS, e suas posteriores atualizações. Quando a solicitação de ingresso no **benefício** ocorrer através de Portabilidade de Carências, deverão ser observadas e atendidas as condições específicas constantes no “Pedido para fins de Mobilidade para Portabilidade de Carências”, documento esse que deverá ser preenchido complementarmente a esta **Proposta** e que atende ao disposto na RN 438 e suas posteriores atualizações. Nesse caso, é certo que as informações referentes ao início de vigência do **benefício**, às carências e à Cobertura Parcial Temporária (CPT), nas páginas 1, 10, 11 e 12 desta **Proposta**, tornam-se sem efeito, passando a vigorar o estabelecido no referido “Pedido para fins de Mobilidade para Portabilidade de Carências”. Caso a portabilidade seja exercida para um plano com segmentação diferente do plano origem, o **beneficiário** cumprirá as carências contratuais referentes a nova segmentação

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

**28.** Poderei desistir desta **Proposta**, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à **Administradora de Benefícios** no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data da minha vigência, indicada no campo “Início da vigência do(s) benefício(s)”, na página 1 desta **Proposta**, autorizando a cobrança do valor mensal do(s) **benefício(s)**, caso esse prazo não seja observado.

**29.** Nas internações psiquiátricas, o custeio integral será de 30 (trinta) dias de internação. Nos casos em que o **beneficiário** ultrapassar os 30 (trinta) dias de internação, no transcorrer de 1 (um) ano de contrato, o mesmo terá direito a continuidade do tratamento, mediante a pagamento de 50% (cinquenta por cento) de coparticipação, da cobertura (dia) excedente em psiquiatria, incluindo valores gastos com honorários médicos e despesas hospitalares.

**30.** A minha manifestação de vontade, ao aceitar esta **Proposta**, não poderá ser questionada pelo mero fato de ter sido assinada por meio eletrônico e, para todos os fins de direito, esta **Proposta** equivale a um documento particular. Declaro, ainda, aceitar como válido o meio tecnológico adotado pela **Administradora de Benefícios** para a celebração desta **Proposta**, uma vez que garantidas a autoria e integridade do documento em forma eletrônica, nos termos da legislação em vigor.

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



## Contrato de Adesão

Proposta nº 42639574

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica, coletivos por adesão.

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) nas páginas 1 e 2 desta Proposta, ao(s) benefício(s).

Declaro receber, neste ato, o “Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde” e cópia da presente “Proposta”, da “Carta de Orientação ao Beneficiário” e da “Declaração de Saúde”, e estou ciente de que os cartões de identificação do(s) beneficiário(s) e a lista de prestadores próprios e/ou credenciados, de responsabilidade da Operadora, bem como o “Guia de Leitura Contratual” e o Manual do Beneficiário, que reproduz condições contratuais do contrato coletivo e traz os esclarecimentos sobre os aspectos relativos à utilização e manutenção do(s) benefício(s) e os direitos e obrigações dos beneficiários, serão enviados a mim por via física ou eletrônica tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros estejam regularizados na Operadora.

A Operadora disponibiliza o cartão de identificação virtual através do site e aplicativo GNDI Easy para Smartphones e Tablets, o qual o download pode ser realizado no App Store e no Google Play. Além disso, o cartão de identificação virtual poderá ser impresso através do site: **www.gndi.com.br > Área de Benefícios > Minha área > Carteirinha Virtual > Imprimir.**

Estou ciente que serão admitidas outras formas de assinatura para esta Proposta, desde que assegurem a sua autenticidade e sejam legalmente permitidas. Aceito como válido o meio tecnológico adotado para o aceite digital desta Proposta, conforme termos dos normativos vigentes.

Autorizo a coleta, uso, armazenamento, tratamento e proteção de meus dados pessoais, incluindo, mas não se limitando: nome, endereço, CPF, profissão, telefone e e-mail. Estou ciente de que estes dados serão utilizados com o objetivo de atuar na viabilização, comercialização e administração dos produtos de assistência médica e/ou odontológica, no cumprimento de obrigações perante os órgãos reguladores e/ou no atendimento à eventuais demandas judiciais.

Declaro que possuo absoluta capacidade jurídica para exercer livremente os meus atos civis.

Autorizo a obtenção de fotografia do tipo selfie no ato da contratação extraída por funcionalidade do próprio sistema, que poderá ser comparada às fotos dos documentos apresentados e comprovar a autenticidade desta contratação.

Local e data

Assinatura eletrônica do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório

Código de identificação do angariador

Nome completo do angariador / vendedor

CPF do angariador / vendedor

Nome completo do supervisor

CPF ou CNPJ do supervisor

Uso exclusivo da corretora

**EM CASO DE DÚVIDA, LIGUE PARA:**

**SAC**

**4003-9881**

**0800-887-8777**

## Declaração — Plano Referência

Proposta nº 42639574

## PROPONENTE TITULAR

Nome completo

NICOLE FERREIRA FRANÇA

(continuação)

CPF

50785920838

Declaro que me foi oferecida a contratação do plano de segmentação assistencial Referência, BASIC com registro na ANS nº 408.050/99-5, pela Notre Dame Intermédica Saúde S.A., CNPJ nº 44.649.812/0001-38, com registro na ANS nº 359017, de acordo com a Lei nº 9.656/98 e suas atualizações, mas que optei pela contratação do plano definido no item “Plano Pretendido”, nas páginas 2 (dois), 3 (três), 4 (quatro), 5 (cinco) e 6 (seis) do Contrato de Adesão (a “Proposta”).

Local e data

Assinatura eletrônica do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura eletrônica do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório

# Carta de Orientação ao Beneficiário

Proposta nº 42639574



## 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 vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

### O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

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

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

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

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade – PAC (tomografia, ressonância, etc.\*) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

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

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

## Carta de Orientação ao Beneficiário

Proposta nº 42639574



**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

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Local Data

Nome: NICOLE FERREIRA FRANÇA

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

# Declaração de Saúde

Proposta nº 42639574

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho, sem rasuras e independentemente do auxílio do médico orientador.

ANS nº 359017

Operadora:



NotreDame  
Intermédica

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 ou conhecido, e das quais tenha(m) conhecimento na data da assinatura da Proposta acima referida.

## Preenchimento exclusivo para Proponente oriundo de Portabilidade

Portabilidade	Titular	Dependente 1	Dependente 2	Dependente 3	Dependente 4	Dependente 5
Segmentação assistencial do plano de origem						

## PROONENTE TITULAR

Nome completo

NICOLE FERREIRA FRANÇA

(continuação)

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 e assinalando "S" para as respostas afirmativas e "N" para as respostas negativas, no que diz respeito ao proponente titular e também aos seus dependentes.

### DEVE SER PREENCHIDO PELO PROPONENTE TITULAR

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

# Declaração de Saúde

Proposta nº 42639574

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho, sem rasuras e independentemente do auxílio do médico orientador.

ANS nº 359017

Operadora:



NotreDame  
Intermédica

DEVE SER PREENCHIDO PELO PROPONENTE TITULAR

Item		Assinale com "S" (Sim) ou "N" (Não)					
		Titular	Dependentes				
			1	2	3	4	5
20	Doenças da pele (psoríase, dermatite, alergias, pintas escuras, marcas de nascença, queloides, queimaduras, entre outras)?	N					
21	Doenças infectocontagiosas (hepatites A, B, C, D e/ou E, tuberculose, entre outras)?	N					
22	Doenças ortopédicas (artrose, hérnia de disco, fraturas, placas, parafusos, desvio na coluna, tendinite, bursite, osteoporose, amputação, entre outras)?	N					
23	Sobrepeso, obesidade?	N					
24	Doença ou lesão não mencionada acima?	N					
25	Alguma internação realizada ou indicada, cirurgia prévia, parto normal ou cesariana? Realizou algum transplante ou biópsia, tem sequela de algum acidente?	N					
26	Informar peso	Titular 25	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5
27	Informar altura	Titular 1,10	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4	Dep. 5

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

Item	Código Titular / Dependente	Data / Evento – Descrição / Esclarecimento	Uso da Operadora

Havendo a informação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) por parte do proponente titular e/ou de seu(s) dependente(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 do benefício, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos relacionados à(s) doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

A Operadora se reserva o direito de não oferecer o Agravo como opção à CPT, conforme lhe faculta o artigo 6º, parágrafo primeiro, da Resolução Normativa nº 162/07 da ANS.

## Da responsabilidade do proponente e beneficiário

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o proponente titular e/ou seu(s) dependentes saiba(m) ser portador(es) no momento do preenchimento desta Declaração de Saúde, desde que comprovada na ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do benefício. Nesse caso o proponente titular, como beneficiário, será responsável pelo pagamento das eventuais despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido o Termo de Comunicação, por parte da Operadora, alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

## DEFINIÇÕES

### Cobertura Parcial Temporária (CPT)

“Considera-se 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, da Resolução nº 162 da ANS, de 17/10/2007).

### Agravo

“Considera-se Agravo como 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, da Resolução nº 162 da ANS, de 17/10/2007).



# Declaração de Saúde

Proposta nº 42639574

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho, sem rasuras e independentemente do auxílio do médico orientador.

ANS nº 359017

Operadora:



NotreDame  
Intermédica

Declaro para os devidos fins e efeitos que:

- (I) autorizo a Operadora a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas, laboratórios ou a mim, exames, prontuários e outras informações necessárias a quaisquer esclarecimentos relacionados a esta Declaração de Saúde;
- (II) estou ciente de que a omissão de informação sobre doença ou lesão preexistente da qual eu e/ou meu(s) dependente(s) saiba(mos) ser portador(es) na data da assinatura desta Proposta, seja por diagnóstico feito ou conhecido, desde que seja comprovada na ANS, poderá acarretar a suspensão ou o cancelamento do benefício. Nesse caso, como beneficiário, serei responsável pelo pagamento de eventuais despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que eu tiver recebido comunicado ou notificação, por parte da Operadora, sobre a existência de doença ou lesão não declarada;
- (III) preenchi a Declaração de Saúde de todos os meus dependentes neste ato e que, sendo meus dependentes maiores de 15 (quinze) anos – esposo(a) ou companheiro(a), filho(a) solteiro(a) –, comprometo-me a investigar as informações com eles e, havendo necessidade de alteração(ões), eu a(s) apresentarei por escrito, no prazo de 7 (sete) dias contados a partir da data de assinatura desta declaração, sob pena de não atendimento ou de exclusão do(s) beneficiário(s) dependente(s) com informações inadequadas e, até mesmo, rescisão, caso apurada a omissão;
- (IV) tenho conhecimento e total concordância de que a omissão e/ou prestação incorreta ou parcial de informações relevantes poderão caracterizar como fraude a adesão ao presente benefício;
- (V) ☐ optei por ser orientado por um médico indicado pela Operadora.  
☐ optei por ser orientado por um médico de minha livre escolha e confiança.  
☒ dispensei a presença de um médico orientador.

Local e data

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assinatura eletrônica do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório

Médico orientador (se houver)

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

CRM e assinatura do médico, sob carimbo

Este Aditivo de Redução de Carências é parte integrante da Proposta acima referida e visa conceder prazos de carência reduzidos, **exceto para parto (cujo prazo de carência permanece sendo de 300 dias)**, contados a partir do início de vigência do benefício, conforme indicado a seguir, na “Tabela de Redução de Carências”, aos proponentes elegíveis a essa redução. Para que o proponente titular e seu(s) dependente(s) sejam elegíveis à redução de carências, devem ser respeitadas as seguintes condições:

### Carência Contratual

- Para beneficiários com idade acima de 59 (cinquenta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.

### Carências "Padrão"

- Para beneficiários sem plano de saúde anterior.

### Redução de Carências 1

- **Linha Smart:** Clientes oriundos de planos de Operadoras com registro na ANS e planos regulamentados, com permanência mínima de 12 (doze) meses.
- **Linha Advance e Premium:** Clientes oriundos de planos compatíveis de Operadoras Congêneres constantes na lista abaixo, com permanência mínima de 6 (seis) meses e máxima de 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias.

### Redução de Carências 2

- **Linha Smart:** Clientes oriundos de planos compatíveis de Operadoras Congêneres constantes na lista abaixo, com permanência mínima de 12 (doze) meses.
- **Linha Advance e Premium:** Clientes oriundos de planos compatíveis de Operadoras Congêneres constantes na lista abaixo, com permanência mínima de 12 (doze) meses.

### ATENÇÃO:

- Não será somado o período de diversas Operadoras, será válido somente o período de permanência da última Operadora;
- Para proponentes advindos de planos Empresariais/Adesão, a redução de carência será acatada com até 30 (trinta) dias da exclusão no plano anterior, do início de vigência do benefício decorrente desta Proposta.
- Para proponentes advindos de planos Pessoa Física, a redução de carência será acatada com até 60 (sessenta) dias da exclusão no plano anterior, do início de vigência do benefício decorrente desta Proposta.

### OPERADORAS CONGÊNERES

Allianz	Bradesco	Santa Helena	Santa Casa	Sulamérica
Amha Atibaia	Caberg	Sobam	(Bragança)	Tempo
Amil (Next, Medial, Lincx e One Health)	Cabesp	Sompo (Marítima)	Santa Casa de Mauá	Trasmontano
Ana Costa Saúde	Care Plus	Medical Health	São Cristovão	NotreDame Seguradora
Assim Saúde	Cemeru (Amesc)	Mediservice	São Miguel Saúde	Unihosp
Biovida	Cemil	Omint	Saúde Beneficência	Unimed
Blue Med	Climed - Atibaia	Plena Saúde	Saúde Santa Tereza	Autogestões puras patrocinadas pelas empregadoras
	Garantia de Saúde	Porto Seguro		
	Golden Cross	Samaritano Saúde		



TABELA DE REDUÇÃO DE CARÊNCIAS

Grupos	Contrato	Padrão	Redução 01	Redução 02
Descrição	2029	2326	2327	2060
Grupo 01 - Atendimentos de Urgência e Emergência.	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 02 - Consultas Médicas – Rede Própria	30 (trinta) dias	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 03 - Consultas Médicas – Rede Credenciada	30 (trinta) dias	30 (trinta) dias	15 (quinze) dias	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 04 - Exames simples – Rede Própria	30 (trinta) dias	30 (trinta) dias	15 (quinze) dias	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 05 - Exames simples – Rede Credenciada	30 (trinta) dias	30 (trinta) dias	15 (quinze) dias	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 06 - Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero – Rede Própria	180 (cento e oitenta) dias	60 (sessenta) dias	30 (trinta) dias	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 07 - Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero – Rede Credenciada	180 (cento e oitenta) dias	60 (sessenta) dias	30 (trinta) dias	24 (vinte e quatro) horas
Grupo 08 – Exames Especiais, Terapias Especiais, Internações Clínicas e Cirúrgicas e Demais Procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 – Rede Própria	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias	90 (noventa) dias	60 (sessenta) dias
Grupo 09 – Exames Especiais, Terapias Especiais, Internações Clínicas e Cirúrgicas e Demais Procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 – Rede Credenciada	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias	90 (noventa) dias	60 (sessenta) dias
Grupo 10 - Transplantes, Implantes, Terapia Imunobiológica, Próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética; Internações psiquiátricas, diálise/hemodiálise, cirurgias refrativa e obesidade mórbida.	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias	180 (cento e oitenta) dias	120 (cento e vinte) dias
Grupo 11 - Parto a Termo*	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias	300 (trezentos) dias

\* O Grupo 11 - Parto a Termo não se aplica para os planos de segmentação assistencial "Ambulatorial + hospitalar sem obstetrícia"

Doença ou lesão preexistente é aquela da qual eu ou meu(s) proponente(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 (CPT), a qual admite, por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início de vigência do **benefício**, a suspensão da 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).



## PROPONENTE TITULAR

Nome completo

NICOLE FERREIRA FRANÇA

(continuação)

CPF

50785920838

Este documento é parte integrante da Proposta acima referida.

**I.** Respeitado o quanto disposto na Lei nº 13.709/2018, o Clube de Saúde coletará os dados pessoais do beneficiário e de seus dependentes, quando for o caso, inclusive relacionados a saúde, coletados por meio deste instrumento, para a sua execução, tendo como fim a gestão e a prestação de serviço de saúde contratado. Assim, o tratamento de dados pessoais relacionados ao serviço contratado, se dará para as seguintes finalidades:

- compartilhamento dos dados pessoais e de saúde para atender a contratação.
- realização de estudos, análises gerenciais e de sinistros, acerca da utilização do serviço, de modo a melhor dimensionar a prestação de serviços.
- cumprimento de obrigações de prestação de informação junto a órgãos e entidades públicas e entes regulatórios.
- atendimento a solicitações de autoridades competentes, por meio de ordem judicial.

**II.** São coletados pelo Clube de Saúde, visando, exclusivamente, atender aos fins acima indicados, as seguintes informações acerca do beneficiário e de sua utilização do serviço: (i) dados cadastrais e de contato fornecidos pelo beneficiário, incluindo, mas não se limitando a, nome, endereço, CPF, profissão, telefone e e-mail; (ii) informações de atendimentos realizados incluindo consultas, diagnósticos, prescrições, relatórios cirúrgicos, dentre outras; e (iii) informações acerca da utilização do serviço pelo beneficiário, como, por exemplo, valores de procedimentos e exames realizados.

**III.** Para atender plenamente aos fins do serviço contratado, os dados coletados poderão ser compartilhados e/ou transferidos pelo Clube de Saúde com: (i) profissionais da saúde; (ii) com áreas administrativas, estritamente na medida necessária para a gestão do benefício; (iii) parceiros, prestadores de serviços de auditoria, contabilidade, regulação de sinistros e outros que se façam necessários à gestão do benefício; e (iii) com autoridades competentes

**IV.** Os dados coletados serão armazenados, compartilhados e de qualquer outra forma tratados apenas em ambiente controlado e seguro de forma a assegurar a segurança e confidencialidade.

**V.** O beneficiário poderá solicitar, a qualquer tempo: (i) o acesso aos seus dados pessoais; (ii) a confirmação da existência de tratamento; (iii) a correção de dados incompletos, desatualizados ou inexatos; (iv) a anonimização, bloqueio ou eliminação de dados desnecessários, excessivos ou tratados em desconformidade com o disposto na lei; (v) a portabilidade dos dados a outro fornecedor; (vi) informações adicionais acerca das entidades com as quais os dados foram ou são compartilhados; ou (vii) requerer o término do tratamento de dados que seja pautado exclusivamente no consentimento.

**VI.** Os dados coletados serão armazenados durante a vigência deste contrato e, após este prazo, pelo período exigido pela legislação brasileira.

**VII.** O beneficiário declara e reconhece que possui todos os direitos necessários para fornecer dados de seus dependentes ao Clube de Saúde, bem como de aceitar as condições do presente documento em nome destes.

**Ao assinar este documento, assinatura apartada abaixo, forneço o consentimento necessário ao tratamento, de forma livre, informada e inequívoca ao Clube de Saúde, e entendo e concordo com sua utilização, nos termos descritos, reconhecendo a necessidade do tratamento de tais dados para a adequada disponibilização e prestação do serviço ora contratado, sendo-me facultado exercer meus direitos legais perante o Clube de Saúde a qualquer momento.**

**Eventual recusa ao tratamento de dados impedirá o adequado atendimento ao beneficiário.**

Local e data

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura eletrônica do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório

## Aditivo ao Contrato de Adesão

Proposta nº 42639574

Contratos de planos de assistência à saúde e assistência odontológica, coletivos por adesão.

## PROPONENTE TITULAR

Nome completo

NICOLE FERREIRA FRANÇA

(continuação)

CPF

50785920838

Este aditivo é parte integrante da Proposta acima referida e visa alterar a cláusula 3, que passará a vigorar com a seguinte redação:

**3.** Serão aceitos como dependentes o meu cônjuge ou meu(minha) companheiro(a); o(a) meu(minha) filho(a) solteiro(a) até 40 (quarenta) anos de idade incompletos (39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias); o(a) meu(minha) enteado(a) solteiro(a) até 40 (quarenta) anos de idade incompletos (39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias); o(a) meu(minha) filho(a) inválido(a) solteiro(a) de qualquer idade; o(a) meu(minha) curatelado(a); o(a) menor solteiro(a) sob a minha guarda ou tutela judicial até 21 (vinte e um) anos incompletos de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA; o meu pai e a minha mãe; o(a) meu(minha) irmão(ã); o(a) meu(minha) tio(a); e o(a) meu(minha) sobrinho(a) até 40 (quarenta) anos de idade incompletos (39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias). Estou ciente de que, caso eu seja elegível à entidade Estudantil, também poderei incluir dependentes no(s) **benefício(s)**, respeitadas as seguintes condições: caso eu tenha idade a partir de 4 (quatro) anos até 17 (dezessete) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias, somente poderei incluir como meus dependentes na **Proposta** o meu pai e a minha mãe; caso eu tenha idade acima de 18 (dezoito) anos, somente poderei incluir como meus dependentes na **Proposta** o meu cônjuge ou meu(minha) companheiro(a); o(a) meu(minha) filho(a) solteiro(a) até 40 (quarenta) anos de idade incompletos (39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias); o(a) meu(minha) enteado(a) solteiro(a) até 40 (quarenta) anos de idade incompletos (39 (trinta e nove) anos, 11 (onze) meses e 29 (vinte e nove) dias); o(a) meu(minha) filho(a) inválido(a) solteiro(a) de qualquer idade; o(a) meu(minha) curatelado(a) e o(a) menor solteiro(a) sob a minha guarda ou tutela judicial até 21 (vinte e um) anos incompletos de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA.

Ressalvadas as previsões constantes na cláusula referida neste Aditivo, todas as demais cláusulas e condições contempladas na **Proposta** permanecem inalteradas.

Local e data

Assinatura eletrônica do proponente titular ou de seu representante legal (no caso de menores ou incapazes), passível de reconhecimento em cartório



Direito de migrar para plano individual ou familiar aproveitando carência do plano coletivo empresarial

Os beneficiários de planos coletivos empresariais que tiverem o benefício de plano de saúde extinto, terão o direito de se vincular a um plano da mesma operadora com contratação individual ou familiar, sem a necessidade de cumprimento de novos prazos de carência. Essa prerrogativa não se aplica aos planos de autogestões. A condição para exercer esse direito é que a operadora comercialize plano individual ou familiar. O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após a extinção do benefício, para contratar, junto à operadora, o plano individual ou familiar. Este direito não existe caso tenha havido apenas a troca de operadora por parte do contratante (órgão público ou empresa).

Cobertura e segmentação assistencial

Define o tipo de assistência à qual o beneficiário terá direito. Os planos podem ter assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e odontológica. Essas assistências à saúde isoladas ou combinadas definem a segmentação assistencial do plano de saúde a ser contratado pelo beneficiário. A Lei nº 9.656/1998 definiu como referência o plano com assistência ambulatorial, hospitalar, obstétrica e urgência/emergência integral após 24h, em acomodação padrão enfermaria. O contrato pode prever coberturas mais amplas do que as exigidas pela legislação, mas as exclusões devem estar limitadas às previstas na Lei nº 9.656/1998. A cobertura para acidente do trabalho ou doença profissional em planos coletivos empresariais é adicional e depende de contratação específica.

Abrangência geográfica

Aponta para o beneficiário a área em que a operadora de plano de saúde se compromete a garantir todas as coberturas de assistência à saúde contratadas. A abrangência geográfica pode ser nacional, estadual, grupo de estados, municipal ou grupo de municípios.

Área de atuação

É a especificação nominal do(s) estado(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 da área de atuação do plano, obrigatoriamente, devem constar no contrato de forma clara.

Administradora de Benefícios

Quando houver participação de Administradora de Benefícios na contratação de plano coletivo empresarial, a verificação do número de participantes para fins de carência ou CPT considerará a totalidade de participantes eventualmente já vinculados ao plano estipulado. Se a contratação for de plano coletivo por adesão, para fins de carência considerar-se-á como data de celebração do contrato coletivo a data do ingresso da pessoa jurídica contratante ao contrato estipulado pela Administradora de Benefícios.

Para informar-se sobre estes e outros detalhes da contratação de planos de saúde, o beneficiário deve contatar a operadora. Permanecendo dúvidas, pode consultar a ANS pelo site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656).

ESTE MANUAL NÃO SUBSTITUI O CONTRATO.

O Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde é uma exigência da Resolução Normativa 195/2009, da Agência Nacional de Saúde Suplementar.



**ANS**  
Agência Nacional de Saúde Suplementar



**Ministério da Saúde**



**BRASIL**  
UM PAÍS DE TODOS  
GOVERNO FEDERAL

**Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**  
Av. Augusto Severo, 84 - Glória - CEP: 20021-040 Rio de Janeiro - RJ

Disque-ANS: 0800 701 9656  
[www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br)  
[ouvidoria@ans.gov.br](mailto:ouvidoria@ans.gov.br)



Operadora: Notre Dame Intermédica Saúde S.A.  
CNPJ: 44.649.812/0001-38  
Nº de registro na ANS: 359017  
Site: <http://www.intermedica.com.br/>  
Tel.: 11 3155-2300 (SP e Grande SP)  
0800 770 9221 (Outras localidades)

Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde

Diferenças entre planos individuais e coletivos

Os planos com contratação individual ou familiar são aqueles contratados diretamente da operadora de plano de saúde: é o próprio beneficiário quem escolhe as características do plano a ser contratado. Os planos com contratação coletiva são aqueles em que o beneficiário ingressa no plano de saúde contratado por uma empresa ou órgão público (coletivo empresarial); associação profissional, sindicato ou entidade assemelhada (coletivo por adesão). Nos planos coletivos é um representante dessas pessoas jurídicas contratantes, com a participação ou não de uma administradora de benefícios, que negocia e define as características do plano a ser contratado. Assim, é importante que o beneficiário antes de vincular-se a um plano coletivo, em especial o por adesão, avalie a compatibilidade entre os seus interesses e os interesses da pessoa jurídica contratante.

Aspectos a serem observados na contratação ou ingresso em um plano de saúde

	PLANOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	PLANOS COLETIVOS	
CARÊNCIA	É permitida a exigência de cumprimento de período de carência nos prazos máximos estabelecidos pela Lei nº 9.656/1998: 24h para urgência/emergência, até 300 dias para parto a termo e até 180 dias para demais procedimentos.	Coletivo Empresarial	
		Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a exigência de cumprimento de carência, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
		Com menos de 30 participantes	É permitida a exigência de cumprimento de carência nos mesmos prazos máximos estabelecidos pela lei.
		Coletivo por Adesão	
		Não é permitida a exigência de cumprimento de carência desde que o beneficiário ingresse no plano em até trinta dias da celebração do contrato firmado entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. A cada aniversário do contrato será permitida a adesão de novos beneficiários sem o cumprimento de carência, desde que: (1) os mesmos tenham se vinculado à pessoa jurídica contratante após os 30 dias da celebração do contrato e (2) tenham formalizado a proposta de adesão até 30 dias da data de aniversário do contrato.	

COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)	Sendo constatado no ato da contratação que o beneficiário tem conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), conforme declaração de saúde, perícia médica ou entrevista qualificada e Carta de Orientação ao Beneficiário de entrega obrigatória, a operadora poderá oferecer cobertura total, após cumpridas eventuais carências, sem qualquer ônus adicional para o beneficiário. Caso a operadora opte pelo não oferecimento de cobertura total, deverá neste momento, oferecer a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada. Como alternativa a CPT é facultado à operadora oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade paga ao plano privado de assistência à saúde para que o mesmo tenha acesso regular à cobertura total, desde que cumpridas as eventuais carências. A operadora de planos de saúde não pode negar a cobertura de procedimentos relacionados a DLP não declaradas pelo beneficiário antes do julgamento de processo administrativo na forma prevista pela RN nº 162/2007.	
	Coletivo Empresarial	
	Com 30 participantes ou mais	Não é permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, desde que o beneficiário formalize o pedido de ingresso em até trinta dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação a pessoa jurídica contratante.
	Com menos de 30 participantes	É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado.
Coletivo por Adesão		
É permitida a aplicação de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou Agravado, independente do número de participantes.		
MECANISMOS DE REGULAÇÃO	É importante que o beneficiário verifique: (1) se o plano a ser contratado possui co-participação e/ou franquia. Em caso positivo, é obrigatório constar no contrato quais os serviços de saúde e como será a sua participação financeira. (2) como é o acesso aos serviços de saúde, no plano que deseja contratar. Exigência de perícia por profissional de saúde, autorização administrativa prévia e/ou direcionamento a prestadores só são permitidas se houver previsão no contrato.	
REAJUSTE	Os planos individuais ou familiares precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual, exceto para os de cobertura exclusivamente odontológica que devem ter cláusula clara elegendo um índice de preços divulgado por instituição externa. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.	Os planos coletivos <b>não</b> precisam de autorização prévia da ANS para aplicação de reajuste anual. Assim, nos reajustes aplicados às mensalidades dos contratos coletivos, prevalecerá o disposto no contrato ou índice resultante de negociação entre as partes contratantes (operadora de plano de saúde e pessoa jurídica), devendo a operadora obrigatoriamente comunicar os reajustes à ANS. O beneficiário deverá ficar atento à periodicidade do reajuste que não poderá ser inferior a 12 meses, que serão contados da celebração do contrato ou do último reajuste aplicado e não do ingresso do beneficiário ao plano. Embora não haja a necessidade de prévia autorização da ANS, esta faz um monitoramento dos reajustes anuais aplicados nos contratos coletivos. A variação da mensalidade por mudança de faixa etária é o aumento decorrente da alteração de idade do beneficiário, segundo faixas e percentuais de variação dispostos em contrato e atendendo a RN nº 63/2003.
ALTERAÇÕES NA REDE ASSISTENCIAL DO PLANO	Alterações na rede de prestadores de serviço devem ser informadas pela operadora, inclusive as inclusões. No caso de redimensionamento por redução de prestador hospitalar, a alteração necessita ser autorizada pela ANS antes da comunicação aos beneficiários. Esta comunicação deve observar 30 dias de antecedência no caso de substituição de prestador hospitalar para que a equivalência seja analisada pela ANS.	
VIGÊNCIA	A vigência mínima do contrato individual ou familiar é 12 meses com renovação automática.	A vigência mínima do contrato coletivo é negociada e tem renovação automática.
REGRAS DE RESCISÃO E/OU SUSPENSÃO	Nos planos individuais ou familiares a rescisão ou suspensão contratual unilateral por parte da Operadora somente pode ocorrer em duas hipóteses: por fraude; e/ou por <b>não</b> pagamento da mensalidade por período superior a sessenta dias, consecutivos ou não, nos últimos doze meses de vigência do contrato, desde que o beneficiário seja comprovadamente notificado até o 50º dia de inadimplência.	Nos planos coletivos as regras para rescisão ou suspensão contratual unilateral são negociadas entre a pessoa jurídica contratante e a operadora de plano de saúde. É importante que o beneficiário fique atento às regras estabelecidas no seu contrato. A rescisão unilateral imotivada, por qualquer das partes, somente poderá ocorrer após a vigência do período de 12 meses e mediante prévia notificação da outra parte com antecedência mínima de 60 dias. Na vigência do contrato e sem anuência da pessoa jurídica contratante, a operadora só pode excluir ou suspender assistência à saúde de beneficiário em caso de fraude ou perda do vínculo de titular ou de dependência.

Perda da condição de beneficiário nos planos coletivos

Nos planos coletivos os beneficiários titulares e seus dependentes podem ser excluídos do plano de saúde, que continua vigente, quando perdem o vínculo com a pessoa jurídica contratante, ou seja, com o sindicato, associação profissional ou congênere, órgão público ou empresa.

Direitos dos artigos 30 e 31, da Lei n.º 9656/1998, nos planos coletivos empresariais

Nos planos coletivos empresariais em que há participação financeira do beneficiário no pagamento da mensalidade, regular e não vinculada à co-participação em eventos, é assegurado ao mesmo o direito de permanência

neste plano coletivo no caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. No caso de morte do titular demitido ou aposentado em gozo do benefício decorrente dos artigos 30 e 31, é assegurada a permanência do grupo familiar. O beneficiário tem um prazo máximo de 30 dias, após seu desligamento, para se manifestar junto à empresa/órgão público, com a qual mantinha vínculo empregatício ou estatutário, sobre a sua vontade de permanecer no plano de saúde. O beneficiário assume integralmente o pagamento da mensalidade quando opta pela permanência. O período de manutenção da condição de beneficiário do plano é de 6 meses no mínimo, e proporcional ao período em que o mesmo permaneceu vinculado e contribuindo para o plano de saúde como empregado ou servidor. Salientamos que o beneficiário perde o direito de permanência no plano de saúde do seu ex-empregador ou órgão público quando da sua admissão em um novo emprego ou cargo.

# Contrato de Adesão - Documentos Anexos

Proposta nº: 42639574

Apólice de seguro-saúde, coletiva por adesão.

Tipos do documento: Recibo de Taxa de Angariação

Nome: Recibo de Taxa de Angariacao.pdf

Data Inclusão: 05/07/2021 08:52:43

## Taxa de Angariação

Eu, NICOLE FERREIRA FRANÇA ,  
inscrito(a) no CPF sob o nº 50785920838, signatário(a) do Contrato de Adesão  
(a "Proposta") nº 42639574, declaro que fui isento do pagamento da taxa de  
angariação.

Ao assinar este documento, declaro que tenho ciência da isenção do  
pagamento da taxa de angariação.

Local e data

- 05/07/2021

- 05/07/2021 08:52 -

Assinatura eletrônica do proponente titular ou de seu  
representante legal  
(no caso de menores ou incapazes), passível de  
reconhecimento em cartório

*Documento eletronicamente emitido.*