



## PROPOSTA DE ADESÃO

PLANO DE  
ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
COLETIVO POR ADESÃO  
Lei nº 9.656/98

175



NotreDame  
Intermédica

ANS - n°41728-9

ANS n°359017

**AllCare Administradora de Benefícios São Paulo LTDA CNPJ:** 07.674.593/0001-10  
Endereço: Alameda Santos, 1357, 2º andar, Cerqueira Cesar - São Paulo/SP - CEP: 01419-001

Início de vigência

Mês de reajuste do contrato

MAIO

Os planos somente poderão ser comercializados para usuários residentes nos municípios a seguir:

## SÃO PAULO

**SMART 150 ABC:** Santo André, Diadema e São Bernardo do Campo

**SMART 200 SP CAPITAL:** São Paulo

**SMART 200 OESTE:** Barueri, Carapicuíba, Cotia, Embu das Artes, Jandira, Itapevi, Osasco e Taboão da Serra.

**SMART 200 GUARULHOS:** Arujá e Guarulhos.

**SMART 200 ABC + BAIXADA:** Cubatão, Diadema, Guarujá, Mauá, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano, Santos, São Vicente e Ribeirão

**Pires. SMART CAMPINAS:** Campinas.

**SMART JUNDIAÍ:** Cajamar, Campo Limpo Paulista, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Várzea Paulista e Vinhedo.

**SMART 200 SAMED:** Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Santa Isabel e Suzano.

**SMART 200 SOROCABA:** Sorocaba, Itu e Votorantim.

**SMART 200 UP:** Arujá, Barueri, Carapicuíba, Cajamar, Campinas, Campo Limpo Paulista, Caetanas, Cotia, Cubatão, Diadema, Embu das Artes, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarujá, Guarulhos, Itaquaquecetuba, Itu, Itupeva, Itapevi, Jandira, Jundiaí, Louveira, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Poá, Santa Isabel, Santo André, São Bernardino do Campo, São Caetano, Santos, São Vicente, Suzano, Ribeirão Pires, Sorocaba, Taboão da Serra, São Paulo, Várzea Paulista, Vinhedo e Votorantim.

**SMART 300:** SÃO PAULO, REGIÃO METROPOLITANA, BAIXADA E ABC: Embu-Guaçu, Francisco Morato, Franco da Rocha, Itapeverica da Serra, Jarinu, Mairiporã, Rio Grande da Serra, Santana de Parnaíba, Vargem Grande Paulista, Bertioga, Itanhaém, Mongaguá, Praia Grande. SÃO PAULO INTERIOR: Cabreúva, Hortolândia, Itatiba, Paulínia, Salto de Pirapora, Sumaré, Valinhos.

**SMART 400:** Todas as cidades do Smart 200, Smart 300 e mais: BAIXADA: Peruíbe SÃO PAULO INTERIOR: Aracoiaba da Serra, Atibaia, Boituva, Bragança Paulista, Ibiúna, Itapira, Jaguariúna, Monte Mor, Porto Feliz, Salto, São Roque.

**SMART 500:** Todas as cidades do Smart 200, Smart 300, Smart 400 e mais: BAIXADA: Caraguatatuba. SÃO PAULO INTERIOR: Lorena, Mogi-Guaçu e Mogi-Mirim.

**ADVANCE 600/700:** Todas as cidades do Smart 200, Smart 300, Smart 400, Smart 500 e mais: SÃO PAULO INTERIOR: Alumínio e Mairinque.

## RIO DE JANEIRO

**SMART 200 RJ:** Belford Roxo, Duque de Caxias, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João do Meriti.

**SMART 300 E SMART 400: RIO DE JANEIRO E GRANDE RIO:** Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Queimados, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João do Meriti.

**SMART 500:** Todas as cidades do Smart 300 / Smart 400 e mais: RIO DE JANEIRO e GRANDE RIO: Itaguaí e Petrópolis.

**No caso de comercialização em outros municípios e/ou estados, a proposta será recusada e devolvida.**

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



## PROPOSTA DE ADESÃO

PLANO DE  
ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
COLETIVO POR ADESÃO  
Lei nº 9.656/98

175



ANS - n°41728-9

ANS n°359017

## Dados do Produtor

Cód. da Concessionária 101202	Nome da Concessionária WAY		
Nome da Concessionária (continuação)		DDD	Telefone
Cód. do Gerente / Supervisor 00209459735	CPF do Gerente / Supervisor 002.094.597-35	Nome do Gerente / Supervisor LÍLIAN CORRÊA MARQUES MACHADO	
Nome do Gerente / Supervisor (continuação) SANTOS			
Nome do Vendedor		CPF do Vendedor	

## Dados da Entidade Conveniada

- |  |                                  |  |                                       |                                    |                                    |
|--|----------------------------------|--|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> AFPB              | <input type="checkbox"/> SIMVERJ | <input type="checkbox"/> ABRE BRASIL   | <input type="checkbox"/> CDL PAULISTA | <input type="checkbox"/> ABCD-RIO  | <input type="checkbox"/> SINFARSP  |
| <input type="checkbox"/> SEESCRJ           | <input type="checkbox"/> FCDL RJ | <input type="checkbox"/> COREN SP      | <input type="checkbox"/> FNO          | <input type="checkbox"/> ANADEP    | <input type="checkbox"/> SINTEPS   |
| <input type="checkbox"/> SINPRO BAIXADA RJ | <input type="checkbox"/> CDL RJ  | <input type="checkbox"/> SINDILOJAS SP | <input type="checkbox"/> ASCOM        | <input type="checkbox"/> ASSIBGE   | <input type="checkbox"/> SINDALERJ |
| <input type="checkbox"/> CONFEF            | <input type="checkbox"/> CSPM    | <input type="checkbox"/> SINCAF        | <input type="checkbox"/> SINDENF      | <input type="checkbox"/> SINDSPREV |                                    |
| <input type="checkbox"/> Outras Entidades: |                                  |  |                                       |                                    |                                    |

## LINHA DE PRODUTOS

## SEM COPARTICIPAÇÃO

Plano	Abrangência	Acomodação	Registro Produto ANS	Segmentação
<input type="checkbox"/> Smart 200 UP - SP	Grupo de Municípios	Coletiva	482.455/19-5	Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia
<input type="checkbox"/> Smart 200 RJ	Grupo de Municípios	Coletiva	482.453/19-9	
Plano	Abrangência	Acomodação	Registro Produto ANS	Segmentação
<input type="checkbox"/> Smart 150 ABC	Grupo de Municípios	Coletiva	481.926/18-8	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia
<input type="checkbox"/> Smart 200 SP	Municipal	Coletiva	477.826/17-0	
<input type="checkbox"/> Smart 200 Campinas	Municipal	Coletiva	474.361/15-0	
<input type="checkbox"/> Smart 200 Guarulhos	Municipal	Coletiva	477.831/17-6	
<input type="checkbox"/> Smart 200 ABC + Baixada	Grupo de Municípios	Coletiva	477.844/17-8	
<input type="checkbox"/> Smart 200 Jundiaí	Grupo de Municípios	Coletiva	474.328/15-8	
<input type="checkbox"/> Smart 200 Oeste	Grupo de Municípios	Coletiva	480.081/18-8	
<input type="checkbox"/> Smart 200 Sorocaba	Grupo de Municípios	Coletiva	474.409/15-8	
<input type="checkbox"/> Smart 200 UP	Grupo de Municípios	Coletiva	477.834/17-1	
<input type="checkbox"/> Smart 200 SAMED	Grupo de Municípios	Coletiva	481.682/18-0	
<input type="checkbox"/> Smart 200 RJ	Grupo de Municípios	Coletiva	481.680/18-3	
<input type="checkbox"/> Smart 300	Grupo de Municípios	Coletiva	474.468/15-3	
<input type="checkbox"/> Smart 400	Grupo de Municípios	Coletiva	474.454/15-3	
<input type="checkbox"/> Smart 500	Grupo de Municípios	Coletiva	474.453/15-5	
<input type="checkbox"/> Advance 600	Nacional	Coletiva	474.441/15-1	
<input type="checkbox"/> Advance 700	Nacional	Coletiva	474.435/15-7	
<input type="checkbox"/> Smart 400	Grupo de Municípios	Individual	474.465/15-9	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia
<input type="checkbox"/> Smart 500	Grupo de Municípios	Individual	474.452/15-7	
<input type="checkbox"/> Advance 600	Nacional	Individual	474.440/15-3	
<input type="checkbox"/> Advance 700	Nacional	Individual	474.342/15-3	

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

## COM COPARTICIPAÇÃO

Plano	Abrangência	Acomodação	Registro Produto ANS	Segmentação
<input type="checkbox"/> Smart 200 UP - SP	Grupo de Municípios	Coletiva	482.315/19-0	Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetrícia
<input type="checkbox"/> Smart 200 RJ	Grupo de Municípios	Coletiva	482.454/19-7	
Plano	Abrangência	Acomodação	Registro Produto ANS	Segmentação
<input type="checkbox"/> Smart 150 ABC	Grupo de Municípios	Coletiva	481.928/18-4	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia
<input type="checkbox"/> Smart 200 SP	Municipal	Coletiva	477.827/17-8	
<input type="checkbox"/> Smart 200 Campinas	Municipal	Coletiva	474.408/15-0	
<input type="checkbox"/> Smart 200 Guarulhos	Municipal	Coletiva	477.832/17-4	
<input type="checkbox"/> Smart 200 ABC + Baixada	Grupo de Municípios	Coletiva	477.845/17-6	
<input type="checkbox"/> Smart 200 Jundiaí	Grupo de Municípios	Coletiva	474.408/15-9	
<input type="checkbox"/> Smart 200 Oeste	Grupo de Municípios	Coletiva	480.082/18-6	
<input type="checkbox"/> Smart 200 Sorocaba	Grupo de Municípios	Coletiva	474.329/15-6	
<input type="checkbox"/> Smart 200 UP	Grupo de Municípios	Coletiva	477.833/17-2	
<input type="checkbox"/> Smart 200 SAMED	Grupo de Municípios	Coletiva	481.681/18-1	
<input type="checkbox"/> Smart 200 RJ	Grupo de Municípios	Coletiva	481.672/18-2	
<input type="checkbox"/> Smart 300	Grupo de Municípios	Coletiva	474.370/15-9	
<input type="checkbox"/> Smart 400	Grupo de Municípios	Coletiva	474.464/15-1	
<input type="checkbox"/> Smart 500	Grupo de Municípios	Coletiva	474.451/15-9	
<input type="checkbox"/> Advance 600	Nacional	Coletiva	474.337/15-7	
<input type="checkbox"/> Advance 700	Nacional	Coletiva	474.343/15-1	
<input type="checkbox"/> Smart 400	Grupo de Municípios	Individual	474.463/15-2	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia
<input type="checkbox"/> Smart 500	Grupo de Municípios	Individual	474.450/15-1	
<input type="checkbox"/> Advance 600	Nacional	Individual	474.336/15-9	
<input type="checkbox"/> Advance 700	Nacional	Individual	474.434/15-9	

## Declaração - Plano Referência.

Declaro que me foi ofertado, como primeira opção de contratação, o Plano Referência da Operadora Notre Dame Intermédica Saúde S.A., de acordo com a Lei nº 9.656/98 e alterações posteriores, mas optei pela contratação do Plano selecionado anteriormente, conforme assinalado por mim nas folhas 02 e/ou 03 desta Proposta.

Assinatura do titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

## PLANO ODONTOLÓGICO

PREMIUM PLUS F CA – Reg. ANS 464.413/11-1

Abrangência geográfica: Nacional - Plano com franquia. O plano odontológico Premium Plus F CA está incluído exclusivamente na contratação do plano de assistência médica.



## PROPOSTA DE ADESÃO

PLANO DE  
ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
COLETIVO POR ADESÃO  
Lei nº 9.656/98

175

NotreDame  
Intermédica

ANS - n°41728-9

ANS n°359017

Folha 04/17

## Dados do Proponente Titular

CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*		
14747512888	TESTE NICE		
Nome Completo e sem Abreviações (continuação)		Profissão	
		ADMINISTRADOR	
Cartão Nacional de Saúde (SUS)	Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)		
Nome Completo da mãe e sem Abreviações*			
TESTE MARIA			
Nome Completo do pai e sem Abreviações			
PRC			
Estado Civil: <input checked="" type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			
Data de Nascimento*			
30/10/1972			
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input checked="" type="checkbox"/> F			
Haverá inclusão de dependentes no contrato? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não			

## Endereço Residencial

CEP	Logradouro		
04849309	RUA 5 DE OUTUBRO		
Logradouro (continuação)		Número	Complemento
		0	TESTE01
Bairro		Município*	UF
CHÁCARA GAIVOTAS		SÃO PAULO	SP
DDD	Telefone Residencial	DDD	Telefone Celular
		13	997986729
DDD	Telefone Comercial	Ramal	
E-mail			
geral@coletivaweb.com.br			

## Dados Responsável (preencher somente quando o proponente titular for menor de 18 anos)

Nome Completo e sem Abreviações do Responsável			
CPF*			
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			
Data de Nascimento			
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			
Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros			

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



PROPOSTA DE ADESÃO

 PLANO DE  
 ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
 COLETIVO POR ADESÃO  
 Lei nº 9.656/98

175

NotreDame  
Intermédica

ANS - n°41728-9

ANS n°359017

## Relação dos Dependentes

Folha 06/17

01	CPF*		Nome Completo e sem Abreviações002A	
	Nome Completo e sem Abreviações (continuação)			
	Nº do Cartão Nacional de Saúde		DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
	PRC	Estado Civil:		
	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			
	Data de Nascimento	Sexo	Grau de Parentesco	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	
Nome Completo da mãe e sem Abreviações*				
Nome Completo do pai e sem Abreviações				
02	CPF*		Nome Completo e sem Abreviações*	
	Nome Completo e sem Abreviações (continuação)			
	Nº do Cartão Nacional de Saúde		DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
	PRC	Estado Civil:		
	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			
	Data de Nascimento	Sexo	Grau de Parentesco	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	
Nome Completo da mãe e sem Abreviações*				
Nome Completo do pai e sem Abreviações				
03	CPF*		Nome Completo e sem Abreviações*	
	Nome Completo e sem Abreviações (continuação)			
	Nº do Cartão Nacional de Saúde		DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
	PRC	Estado Civil:		
	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			
	Data de Nascimento	Sexo	Grau de Parentesco	
		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	
Nome Completo da mãe e sem Abreviações*				
Nome Completo do pai e sem Abreviações				

\*Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



## PROPOSTA DE ADESÃO

PLANO DE  
ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
COLETIVO POR ADESÃO  
Lei nº 9.656/98

175



ANS - n°41728-9

ANS n°359017

04	CPF*		Nome Completo e sem Abreviações*	
	Nome Completo e sem Abreviações (continuação)			
	Nº do Cartão Nacional de Saúde		DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
	PRC	Estado Civil:		
	<input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viúvo <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			
	Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	
Nome Completo da mãe e sem Abreviações*				
Nome Completo do pai e sem Abreviações				

05	CPF*		Nome Completo e sem Abreviações*	
	Nome Completo e sem Abreviações (continuação)			
	Nº do Cartão Nacional de Saúde		DN – Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 1/1/2010)	
	PRC	Estado Civil:		
	<input type="checkbox"/> Solteiro <input checked="" type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input checked="" type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			
	Data de Nascimento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Filho/filha <input type="checkbox"/> Outros	
Nome Completo da mãe e sem Abreviações*				
Nome Completo do pai e sem Abreviações				

## Adesão e Vigência

Data de Solicitação de Adesão	Data da Vigência	Vencimento do Boleto Bancário
01 a 10	Dia 01 do 1º mês subsequente	Todo dia 01 de cada mês
11 a 20	Dia 10 do 1º mês subsequente	Todo dia 10 de cada mês
21 a 31	Dia 20 do 1º mês subsequente	Todo dia 20 de cada mês

O início da vigência dos benefícios definirá a data de vencimento das mensalidades, na forma da tabela acima, ficando desde já estabelecido que a data de vencimento das mensalidades não poderá ser alterada a pedido do beneficiário.

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

**Valores mensais previstos de acordo com a tabela de vendas vigente – em reais**

Proponente		Idade	Valor do Plano Médico	Total
Titular		47	R\$ 542,97	R\$ 542,97
Dependentes	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Valor Total dos proponentes a ser cobrado diretamente pela Administradora.				<b>R\$ 542,97</b>

**Atenção:** Os valores indicados ao lado sofrerão mudança com a incidência de (i) reajuste financeiro e (ii) reajuste por sinistralidade, que ocorrem em MAIO; e, ainda, em qualquer época (iii) pela mudança de faixa etária, podendo, inclusive, ocorrer entre a data de assinatura da presente Proposta de Adesão e a data de vencimento da primeira mensalidade do plano. A tabela com as faixas etárias e os percentuais incidentes encontra-se na folha **16/17** desse Instrumento.

**Taxa de Angariação - Corretagem**

A cobrança de eventual remuneração pelos serviços de corretagem prestados em razão da captação, aproximação e obtenção do resultado útil na contratação do plano de saúde quando proposta pelo Corretor Angariador e **ACEITA** pelo **Proponente**, não se confunde e/ou substitui e/ou exclui o pagamento da primeira mensalidade devida pela cobertura assistencial aqui contratada, assim como não antecipará e/ou modificará o início da vigência previsto na folha **06/17** desta Proposta.

Declaro que possuo plena ciência de que a taxa de angariação paga ao angariador nesta data, em decorrência da prestação de serviços deste nesta contratação, possui valor diverso do valor das mensalidades do plano de saúde por mim contratado.

Declaro estar ciente e de acordo que o valor da primeira mensalidade do plano contratado será cobrado exclusivamente pela Administradora, por intermédio de boleto bancário ou débito em conta corrente, no valor fixado na folha **07/17**.

Declaro estar ciente e de acordo que o início da vigência da cobertura assistencial contratada se dará na data fixada na folha **06/17** desta Proposta, independentemente do pagamento de eventual Taxa de Angariação diretamente ao Corretor.

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do titular ou responsável (quando menor de 18 anos)**

**Cobrança**

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)





## PROPOSTA DE ADESÃO

PLANO DE  
ASSISTÊNCIA À SAÚDE  
COLETIVO POR ADESÃO  
Lei nº 9.656/98

175



ANS - n°41728-9

ANS n°359017

S

**Boleto bancário**

**Atenção:** A Administradora de Benefícios disponibiliza em seu site: **www.allcare.com.br** e através do aplicativo AllCare Cliente, disponível para iOS e Android de forma gratuita, o boleto bancário para pagamento do benefício.

S

Autorizo o envio dos boletos mensais através de e-mail e SMS em meus contatos informados abaixo, em substituição do envio do boleto bancário através dos correios.

Celular  
(13) 99798-6729

e-mail  
geral@coletivaweb.com.br

N

**Débito automático em conta-corrente**

Somente para os bancos autorizados pela AllCare (consulte-os em nosso site)

Autorizo o banco indicado abaixo a debitar em minha conta-corrente, abaixo discriminada, por tempo indeterminado, o valor informado pela AllCare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda., através de meios magnéticos, na(s) respectiva(s) data(s) de vencimento, conforme disposto na página **6/17** desta proposta, submetendo-me às normas internas daquela instituição financeira.

**Dados bancários do titular**

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

Após a aceitação desta Proposta de Adesão, a mensalidade será cobrada pela **ADMINISTRADORA**, diretamente do Proponente Titular ou Responsável Financeiro do Contrato, através de boleto bancário correspondente ou débito em conta corrente, de acordo com os valores aqui definidos.

Os dados informados serão preservados pela AllCare Administradora, sendo utilizados única e exclusivamente para os fins desta Proposta, sendo vedada a sua comercialização e ou divulgação sem a anuência do cliente.

Estou ciente e autorizo, reconhecendo como válida e eficaz, que a Administradora de Benefícios faça todo tipo de comunicação relacionada ao plano contratado, incluindo, mas não se limitando a avisos, alertas, cobranças, comunicados de inadimplência, suspensão e/ou cancelamentos, dentre outros, por meio eletrônico, podendo ser por whats app, e-mail, SMS, ou outro meio eletrônico disponível. Para tanto, me comprometo a manter meus dados cadastrais sempre atualizados junto à Administradora de Benefícios.

Assinatura do titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



**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 medicamento 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 essa doença ou lesão.

**AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES DE 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 deve oferecer: cobertura total ou Cobertura Parcial Temporária (CPT), podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.

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

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

**Não** caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da Operadora para essa 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.

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, 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](http://www.ans.gov.br) - Perfil "Beneficiário".

Em caso de dúvida, entre em contato com a ANS pelo fone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil "Beneficiário".

Beneficiário (Proponente Titular ou Responsável)

Intermediário entre a Operadora e o Beneficiário

 \_\_\_\_\_  
 Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  
 Local \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

## Declaração de Saúde

### Informações Importantes

1. A Declaração de Saúde consiste no preenchimento de um formulário, elaborado pela operadora, para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que o beneficiário saiba ser portador ou sofrendor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.
2. O beneficiário tem o direito de preencher esta Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede credenciada ou referenciados pela contratada, sem qualquer ônus para o beneficiário. Caso o beneficiário opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da contratada, poderá fazê-lo, desde que assuma o ônus financeiro dessa entrevista, conforme art. 5º, parágrafos 1º e 2º da Resolução Normativa nº 162 da ANS.
3. Conforme disposto na regulamentação vigente, define-se como:
  - a) **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 a 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;
  - b) **Agravo:** qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência a 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.
4. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, conhecida e não declarada, pode acarretar consequências previstas na legislação, de rescisão contratual e de responsabilidades do beneficiário por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso venha a ser comprovada junto à ANS.

### Quadro I - Declaração de Saúde

Item	Perguntas	Titular	Assinale com "S" (Sim) ou "N" (Não)				
			Dependentes				
			1	2	3	4	5
1	Doenças do aparelho cardio-circulatório (hipertensão, angina, infarto, derrame, arritmias cardíacas, sopros, marca passo, 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 Cronh, doenças hepáticas, engasgos de repetição, alterações anais, pedra na vesícula, colite, polipos, 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, adenóide, 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 más 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, doenças 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					

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

## Declaração de Saúde (Continuação)

Deve ser preenchido pelo Proponente Titular ou Representante Legal		Titular	Assinale com “S” (Sim) ou “N” (Não)				
Item	Perguntas		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 infecto-contagiosas (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					

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

## Quadro II – Esclarecimentos Complementares

Caso a resposta para algumas das questões anteriores tenha sido "S" ou qualquer outra doença que não se **encontre listada no Quadro I**, para qualquer um dos proponentes, especifique a razão dela (data, tratamento, quadro atual e tudo mais que julgar importante para avaliação de sua saúde).

Item	Dependentes	Data do Evento	Esclarecimentos

## Quadro III – Informações Adicionais

Informe:	Titular	Dependentes				
		1	2	3	4	5
Peso (kg)	59					
Altura (m)	1.58					

Declaro, para todos os efeitos legais, que li e entendi este documento e que nada omiti sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, tendo prestado informações completas e verídicas. Autorizo, também, que médicos, clínicas ou quaisquer entidades públicas ou privadas prestem aos médicos da **Operadora** informações sobre meu estado de saúde e de meus dependentes, bem como as moléstias das quais tenhamos, porventura, sofrido e o resultado de exames, isentando-os, desde já, de qualquer responsabilidade que implique ofensa ou sigilo profissional.

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

## CONDIÇÕES GERAIS DO CONTRATO COLETIVO POR ADESÃO

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**”), celebrado entre a AllCare Administradora de Benefícios São Paulo LTDA. (a “**Administradora de Benefícios**”) e a Notre Dame Intermédica Saúde S.A., (a “**Operadora**”) indicados na página 2 e 3 desta Proposta e destinados à população que mantenha vínculo com a minha “Entidade”, que é a Pessoa Jurídica indicada na página **01/17** desta Proposta.
2. Somente serão aceitos como dependentes o meu cônjuge ou companheiro(a); os(as) enteado(s), filhos(as), naturais ou adotivos(as), solteiros(as) até 40 (quarenta) anos incompletos (39 anos, 11 meses e 29 dias); ou de qualquer idade, se inválidos físicos ou mentalmente, mediante apresentação de documentos recentes (documento judicial de curatela e relatórios médicos); os (as) tutelados(as) e os menores sob guarda, mediante a apresentação de documentos recentes até 18 (dezoito) anos incompletos de acordo com as regras do Código Civil e do Estatuto da Criança e do Adolescente (documento judicial de tutela e relatórios médicos).
3. 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 dos **benefícios**, sabendo que **omissões ou dados incorretos** acarretarão perda de todos os meus direitos, bem como o(s) do(s) meu(s) dependente(s), decorrente(s) dos **benefícios**.
4. Aceita esta Proposta, o(s) **benefício(s)** será(ão) disponibilizado a partir da data indicada no campo “Início da Vigência”, consta na página **1/17** da presente, e tanto eu quanto meu(s) dependente(s) indicado(s) passaremos a ser denominado “beneficiários”.
5. Assumindo a condição de beneficiário, ficam outorgados à Administradora de Benefícios amplos poderes para me representar, assim como o(s) meu(s) beneficiário(s) dependente(s), perante a(s) Operadora(s) e outros órgãos, em especial a ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, no cumprimento e/ou nas alterações destes benefícios, bem como nos reajustes dos seus valores mensais.
6. Tenho ciência de que a vigência indicada na página **01/17** desta proposta está de acordo com o período de adesão informado na página **06/17** e não se confunde com a vigência do contrato coletivo por adesão entre Administradora de Benefícios e Operadora, que tem como data base todo mês de **MAIO** de cada ano.
7. Poderei, assim como meu(s) beneficiário(s) dependente(s), utilizar o(s) **benefício(s)** por meio dos prestadores próprios ou credenciados da(s) Operadora(s), respeitadas as condições contratuais e a disponibilidade dos planos, conforme de Entidade.  
Estou ciente de que, para todos os planos destes contratos coletivos, a(s) Operadora(s) poderá(ão) se utilizar do direcionamento, do referenciamento ou da hierarquização de acesso para os procedimentos de alta complexidade e/ou de alto custo e/ou internações, preferencialmente para sua rede própria de prestadores.
8. As coberturas assistências estão relacionadas no “**Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde**” e suas diretrizes, instituídas pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**, no tratamento das doenças codificadas na versão 10 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), observadas as condições gerais deste(s) **benefício(s)**.

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



9. As coberturas excluídas do benefício de plano de assistência à saúde são aquelas citadas na Lei nº 9.656/98 e no contrato de plano de assistência à saúde e as não incluídas no "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde" e suas diretrizes da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

10. Tenho ciência dos prazos de **carência** para utilização dos **benefícios**, conforme tabela indicativa a seguir, o qual a contagem se iniciará a partir do início da vigência do benefício, conforme página **6/17**. Para efeitos da redução de carências, se houver, deve-se observar o **Aditivo de Redução de Carências**, que acompanha a Proposta.

### Prazos de Carência – Assistência Médica

Itens	Procedimentos	Carências
1	Urgência ou Emergência.	24 (vinte e quatro) horas
2 e 3	Consultas Médicas – Rede própria e Rede credenciada	30 (trinta) dias
4 e 5	Exames simples – Rede própria e Rede credenciada	30 (trinta) dias
6 e 7	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero – Rede própria e Rede credenciada	180 (cento e oitenta) dias
8 e 9	Demais procedimentos, exceto os grupos 10 e 11 – Rede própria e Rede credenciada	180 (cento e oitenta) dias
10	Transplantes, implantes, 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

11. Havendo na "**Declaração de Saúde**" a informação de Doença(s) ou Lesão(ões) Preexistente(s) - DLP, ou sendo estas detectadas por meio da perícia médica, haverá a aplicação pela(s) **Operadora** (s) da **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 à lesão(ões) preexistente(s) declarada(s).

12. As características do **benefício** relativas a: (I) segmentação assistencial; (II) acomodação em internação; e (III) abrangência geográfica estão definidas nas páginas 2 e 3 desta **Proposta**, assim como a área de comercialização.

13. A realização de: (I) consultas, exceto para as especialidades básicas; (II) exames de alta complexidade; (III) internações; (IV) remoções; e (V) procedimentos especiais dependem de **autorização prévia da Operadora**.

14. Nas internações psiquiátricas, haverá a cobertura assistencial de 30 (trinta) dias de internação, por ano de vigência, após esse período haverá a incidência de coparticipação de **50% (cinquenta por cento)**, incidentes sob o valor dos serviços utilizados, observados os tetos dos normativos editados pela ANS vigentes à época da contratação, quando ultrapassados **30 (trinta)** dias de internação, contínuos ou não, no transcorrer de **01 (um) ano** de Contrato.

15. Tenho ciência que devo comunicar expressa e imediatamente à **Administradora de Benefícios (I)** toda e qualquer **alteração cadastral**, tais como exclusão e/ou inclusão de dependentes, mudança de endereço, correção de informações etc.; e **(II)** a perda do vínculo que mantenho com a Entidade.

16. Tenho ciência que devo comunicar expressamente à **Administradora de Benefícios** o pedido de minha **exclusão do plano** através dos seguintes canais de atendimento: **I.** Central de Atendimento ao Cliente; **II.** Site da AllCare: [www.allcare.com.br](http://www.allcare.com.br); e **III.** Presencial nos endereços da AllCare Administradora disponíveis no site.

ANS - n°41728-9

ANS n°359017

**17.** Tenho ciência que o pedido de exclusão do plano deverá ser formalizado à **Operadora** ou à **Administradora de Benefícios**, que tomará as medidas cabíveis, em conformidade com a Resolução Normativa nº 412, de 10 de novembro de 2016, da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

**18.** Tenho ciência que, a **data de vencimento** da mensalidade do(s) meu(s) plano(s) será aquela indicada na página **6/17** desta **Proposta**, e o atraso no pagamento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do(s) benefício(s), mais acréscimo de mora diária de 0,0333% (zero vírgula zero três três três por cento) sobre o valor total do(s) benefício(s).

**19.** As solicitações de internações clínicas e cirúrgicas, de procedimentos ou de exames efetuadas por profissional não pertencente à Rede Própria ou Credenciada da Notre Dame Intermédica poderão ser autorizadas, após análise prévia do pedido pelo Departamento Médico da Notre Dame Intermédica e observadas as regras contratuais de Segunda opinião e Junta Médica, contudo os procedimentos serão exclusivamente realizados por profissionais credenciados e na Rede Própria ou Credenciada da Notre Dame Intermédica, em virtude da previsão de norma regulatória (alínea "b", inciso I, do art. 4º, da Resolução CONSU nº 08/98) e cláusula contratual de "Mecanismo de Regulação de Direcionamento de Rede". O presente item não se aplica aos planos com cobertura do procedimento de reembolso.

**20.** TENHO CIÊNCIA QUE, A INADIMPLÊNCIA POR PERÍODO SUPERIOR A 30(TRINTA) DIAS APÓS O VENCIMENTO ORIGINAL DA MENSALIDADE ACARRETERÁ A EXCLUSÃO DO TITULAR E SEUS DEPENDENTES DO PLANO DE SAÚDE TRATADOS NO PRESENTE INSTRUMENTO DE ADESÃO.

**21.** Tenho ciência de que o cancelamento e/ou exclusão do plano não me isentará da cobrança dos valores referentes a minha coparticipação e de meus dependentes e as despesas pela utilização dos benefícios após o cancelamento do plano.

#### 21.1 Valores de coparticipação - assistência médica:

	Smart 150 Enf	Smart 200 Enf*	Smart 200 UP Enf	Smart 300 Enf	Smart 400 Enf	Smart 400 Apto	Smart 500 Enf	Smart 500 Apto	Advance 600 Enf	Advance 600 Apto	Advance 700 Inf	Advance 700 Apto
Limite máx. pagto. ***	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	75,00	75,00	100,00	100,00	100,00	100,00
Consulta Eletiva	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	20,00	20,00	25,00	25,00
P.S.	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	20,00	30,00	30,00	40,00	40,00
Exame simples	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00	5,00
Exames especiais	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	15,00	15,00	20,00	20,00
Terapias simples	3,20	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	3,50	5,00	5,00
Terapias complexas	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO	ISENTO
Internações **	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	200,00	250,00	250,00	250,00	250,00

\* Smart 200 SP Capital, Smart 200 SP Oeste, Smart 200 Guarulhos, Smart 200 ABC + Baixada, Smart 200 Jundiaí, Smart 200 Campinas, Smart 200 Sorocaba, Smart 200 RJ e Smart 200 Samed.

\*\* Isento na rede própria. \*\*\* Limite máximo de pagamento por beneficiário / mês - exceto internação.

#### 21.2 Valores de coparticipação - assistência odontológica:

DIAGNÓSTICO	FRANQUIA	
Consulta odontológica inicial	Isento	
Consulta odontológica de Urgência	Isento	
Radiografia Panorâmica	R\$ 16,00	
Aplicação tópica de flúor	R\$ 10,00	
Coroa de aço em dente decíduo	R\$ 30,00	

**Os valores da tabela de franquia serão reajustados periodicamente sem prévio aviso.**  
A tabela atualizada estará disponível no portal [www.gndi.com.br](http://www.gndi.com.br)

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

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)



**23.** No caso de inadimplência do valor mensal do(s) **benefício(s)**, por período **superior a 30 (trinta) dias** a contar da data de seu vencimento, a **Administradora de Benefícios** poderá usar todos os meios legais e necessários para obter a cobrança dos valores em atraso, gerando, inclusive, a inscrição desta informação nos **Serviços de Proteção ao Crédito**.

**24.** Em caso de cancelamento e/ou exclusão do(s) **benefício(s)**, assumirei todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida do(s) **benefício(s)**, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o meu conhecimento.

**25.** Não haverá nenhuma continuidade deste(s) **benefícios(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 este(s) **benefício(s)**.

**26.** O valor mensal do(s) **benefício(s)** poderá sofrer os seguintes reajustes: **(I)** reajuste índice de sinistralidade, que ocorre anualmente na data de aniversário do contrato firmado entre a Administradora de Benefícios e a Operadora ou na menor periodicidade permitida em lei, independentemente da data da minha adesão a esta proposta, para atualização monetária e pela alteração de custos, utilização dos serviços médicos e uso de novas tecnologias; **(II)** reajuste por mudança de faixa etária, que ocorre quando o beneficiário titular ou dependente completa uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava, conforme tabela a seguir. O reajuste por mudança de faixa etária não se aplica ao benefício de plano de assistência odontológica; e **(III)** reajuste(s) em outra(s) hipótese(s), que venha(m) a ser autorizado(s) pela **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS**.

Faixa Etária	TODOS OS PRODUTOS
Até 18 anos	0%
De 19 a 23 anos	34,98%
De 24 a 28 anos	18,18%
De 29 a 33 anos	4,48%
De 34 a 38 anos	3,34%
De 39 a 43 anos	10,00%
De 44 a 48 anos	30,00%
De 49 a 53 anos	30,00%
De 54 a 58 anos	30,00%
59 anos ou mais	44,13%

**27.** Tenho ciência que devo encaminhar prontamente à **Administradora de Benefícios** e/ou à(s) **Operadora(s)**, quando qualquer uma delas solicitar documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas.

**28.** Tenho ciência que devo encaminhar prontamente à **Administradora de Benefícios** e/ou à(s) **Operadora(s)**, quando qualquer uma delas solicitar documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas;

**29.** 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 de minha assinatura neste instrumento;

**30.** Estou ciente e de acordo que após minha inclusão no plano não me será encaminhada a via física da carteirinha, ocasião em que me será disponibilizada, pela Operadora, a carteirinha do plano de forma digital, pelo aplicativo **GNDI Easy** para smartphones e tablets, o qual poderá ser baixado gratuitamente na App Store e no Google Play. A carteirinha será de uso pessoal e intransferível, podendo ser utilizada exclusivamente pelo período em que o plano se mantiver ativo, devendo ser apresentada digitalmente para a utilização, devidamente acompanhada de um documento de identidade oficial com foto.

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

Local e data

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

## Termo de Declaração, Ciência e Autorização

1. Este instrumento é meu Contrato de Adesão (a "Proposta") ao contrato de plano de assistência à saúde coletivo por adesão (os "**benefícios**"), celebrado entre a AllCare Administradora de Benefícios São Paulo Ltda. (a "**Administradora de Benefícios**") e a Notre Dame Intermédica Saúde S.A. (a "**Operadora**") e destinado à população que mantenha vínculo com a minha "**Entidade**", que é a Pessoa Jurídica indicada na página **1/17** desta Proposta.
2. Tenho ciência de que a rede credenciada está disponível no site da Operadora ([www.gndi.com.br](http://www.gndi.com.br)).
3. Declaro que tenho ciência de que o **Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde** tem sua atualização sob responsabilidade da **Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS** e está disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br), e acessível por meio do site da operadora.
4. Declaro estar ciente de que o cancelamento e/ou exclusão do meu plano não me isentará de quitar o valor referente à minha **coparticipação** e de meus dependentes, nem mesmo as despesas pela utilização dos benefícios após o cancelamento do plano.
5. Declaro que a Administradora de Benefícios apresentou como primeira opção de contratação o Plano Referência, que possui dentre as suas características, cobertura para internação em padrão enfermária e cobertura integral para todos os eventos não preexistentes caracterizados nos termos da **Lei nº 9.656/98**, como urgência e emergência, a partir de 24 horas de vigência contratual, e que, após os esclarecimentos sobre o referido plano, optei pela contratação do(s) plano(s), mencionado(s) na(s) página(s) 2 e/ou 3 desta proposta.

Após a leitura e total concordância com as **condições prévias para a aceitação desta Proposta Contratual**, declaro que de livre e espontânea vontade manifesto a intenção de fazer minha adesão e a do(s) meu(s) dependente(s), indicada(s) nas página(s) 4, 5 e 6 desta Proposta ao benefício.

Declaro ter recebido, lido e compreendido, neste ato, o "Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde", e a 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 médico-hospitalares, de responsabilidade da Operadora, bem como o "**Guia de Leitura Contratual (GLC)**", serão enviados a mim tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros estejam regularizados na Operadora. O Guia de Leitura Contratual (GLC) e o Manual para Contratação do Plano de Saúde (MPS) constam no site da Administradora de Benefícios: [www.allcare.com.br](http://www.allcare.com.br).

Estou ciente que o início da vigência e da cobertura assistencial do plano escolhido por meio desta proposta se dará no prazo de **1/17** e **6/17** e está condicionada à comprovação de minha elegibilidade na entidade com a qual mantenho vínculo.

---

Local e data

---

Assinatura do titular ou responsável pelo menor  
(passível de reconhecimento em cartório)

Em caso de dúvida, ligue para a Central de Atendimento AllCare:

**0800 941 4962 / 3003-6400**

[www.allcare.com.br](http://www.allcare.com.br)

---

Local e data

---

Rubrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)

## Objeto

Esta proposta tem por finalidade propiciar a todos os beneficiários inscritos na Proposta de Adesão, a concessão de carência e dos prazos para o início das coberturas, definidas na Declaração de Saúde de cada um dos beneficiários e de acordo com o contrato e os direitos do plano escolhido.

## Da 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 a 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.

## Das normas para o cadastramento dos beneficiários

Terão direito aos benefícios deste aditivo o titular e seus dependentes, após análise, inscritos na Proposta Contratual. Os prazos da carência reduzida nesta proposta são válidos na contratação dos produtos **SMART** e **ADVANCE**.

## Da documentação

A AllCare remeterá pelos correios os documentos dos beneficiários nos quais constarão seus direitos, incluindo os prazos de carência após a análise técnica da Declaração de Saúde e demais documentos solicitados nas Normas para Promoções de Vendas vigentes.

## Dos novos prazos para carência

Reduzem-se os prazos previstos nas cláusulas sobre Carências, de acordo com a tabela que se segue, para os benefícios constantes das cláusulas Consulta Médica, Atendimento de Urgência e Emergência em Pronto-socorro, Exames e Tratamentos Ambulatoriais e Internações Hospitalares.

Grupo	Coberturas e Procedimentos	CONTRATO	PADRÃO	REDUÇÃO 1	REDUÇÃO 2
1	Atendimentos de Urgência e Emergência	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
2	Consultas Médicas - Rede Própria	30 dias	24 horas	24 horas	24 horas
3	Consultas Médicas - Rede Credenciada	30 dias	30 dias	15 dias	24 horas
4	Exames simples - Rede Própria	30 dias	30 dias	15 dias	24 horas
5	Exames simples - Rede Credenciada	30 dias	30 dias	15 dias	24 horas
6	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero - Rede Própria	180 dias	60 dias	30 dias	24 horas
7	Terapias simples e cirurgias de porte anestésico zero - Rede Credenciada	180 dias	60 dias	30 dias	24 horas
8	Exames especiais, terapias especiais, internações clínicas e cirúrgicas, e demais procedimentos exceto os grupos 10 e 11 - Rede Própria	180 dias	180 dias	90 dias	60 dias
9	Exames especiais, terapias especiais, internações clínicas e cirúrgicas, e demais procedimentos exceto os grupos 10 e 11 - Rede Credenciada	180 dias	180 dias	90 dias	60 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 1	180 dias	180 dias	180 dias	120 dias
11	Partos a Termo	300 dias	300 dias	300 dias	300 dias
12	Odonto: urgência e emergência, diagnóstico, intervenção clínica, extração simples	24 horas	24 horas	24 horas	24 horas
13	Odonto: radiologia, prevenção em saúde bucal, dentística, cirurgia, periodontia, endodontia	60 dias	60 dias	60 dias	60 dias

## Critérios

N	<b>CONTRATO:</b> Para todos os beneficiários acima de 58 anos, 11 meses e 29 dias.
S	<b>PADRÃO:</b> Para beneficiários sem plano anterior.
N	<b>REDUÇÃO 1:</b> <b>a) Linha Smart:</b> Clientes oriundos de planos de operadoras com registro na ANS e planos regulamentados, com permanência mínima de 12 meses. <b>b) Linha Advance:</b> Clientes oriundos de planos compatíveis de operadoras congêneres constantes na lista abaixo, com permanência mínima de 6 meses e máxima de 11 meses e 29 dias.
N	<b>REDUÇÃO 2:</b> <b>a) Linha Smart:</b> Clientes oriundos de planos compatíveis de operadoras congêneres constantes na lista abaixo, com permanência mínima de 12 meses. <b>b) Linha Advance:</b> Clientes oriundos de planos compatíveis de operadoras congêneres constantes na lista abaixo, com permanência mínima de 12 meses.

## Operadoras Congêneres

Allianz, Amil (Next, Medial, Lincx, One Health, Sobam e Santa Helena), Bradesco, Cabesp, Care Plus, Golden Cross, Somo (Marítima), Mediservice, Omint, Porto Seguro, Sulamérica, Tempo, Notre Dame Seguradora, Unimed e auto gestões puras patrocinadas pelas empregadoras.

## Documentação Obrigatória

Anexar os últimos 2 (dois) **comprovantes de pagamento** com a Seguradora/Operadora anterior (sendo o último comprovante com atraso máximo de 30 dias a contar do seu último vencimento não pago) e **cópia do cartão de identificação da Operadora de saúde Congênere**, desde que contenha a data de início de vigência ou **declaração de tempo de permanência da Seguradora/Operadora anterior** carimbada e assinada (atualizada, original, com o período de permanência, plano e acomodação), de cada beneficiário relacionado abaixo:

	Dados cadastrais	Operadora atual	Plano atual	Desde	Último pagamento	Código da carência a cumprir
Titular						
Dep. 1						
Dep. 2						
Dep. 3						
Dep. 4						
Dep. 5						



## Terão Direito a Redução

- Proponente que o seu plano de origem seja equivalente ao plano adquirido.
- Proponente que não esteja cumprindo Cobertura Parcial Temporária.
- Proponente oriundos de planos regulamentados pela Lei n° 9.656/98.
- Proponente com até 58 (cinquenta e oito) anos.
- 30 dias da exclusão no plano anterior, para associados advindos de planos empresariais / adesão.
- 60 dias da exclusão no plano anterior, para associados advindos de planos PF.

## Termo de Responsabilidade

Declaro ter ciência dos valores e das regras estabelecidas nas Normas para Promoções de Vendas e Tabelas de Vendas. Declaro ter recebido cópia desta Proposta de Redução de Carência e CPT e que estou de acordo com os seus termos. Estou ciente de que a possibilidade de redução de carências será analisada de forma individual, para cada proponente, e de que essa possibilidade está subordinada à análise e à aprovação de documentos por parte da Operadora.

Estou ciente também de que os proponentes que não se enquadrarem nas condições descritas nesta proposta e não forem elegíveis à redução de carências deverão cumprir integralmente as carências contratuais.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nº da proposta contratual: 175

Nome do titular/responsável: TESTE NICE

CPF: 14747512888

Nome do corretor: WAY

Código: 101202

CPF: 002.094.597-35

Assinatura do Corretor

Assinatura do Responsável

**TERMO DE ADESÃO**  
FATURA DIGITAL ALLCARE

ANS - nº41728-9

Nome completo do titular:  
TESTE NICENúmero da Proposta:  
175

## Fatura Digital AllCare

A AllCare disponibiliza para você a opção da **fatura digital**.

Com a **fatura digital**, você passa a receber sua fatura por e-mail e SMS todo mês com toda a segurança e praticidade.

### Vantagens

- É simples, rápido e seguro;
- Sustentabilidade. Com esta atitude, você estará ajudando o meio ambiente;
- Aviso de vencimento. Receba lembrete via e-mail e SMS próximo à data de vencimento para que fique sempre em dia;
- Segurança. Evita o extravio da conta e de dados.

☒ S

Autorizo o envio das faturas mensais através de e-mail e SMS em meus contatos informados abaixo:

Celular

e-mail

(13) 99798-6729

geral@coletivaweb.com.br

Local e Data

Rúbrica do proponente titular ou responsável (quando menor de 18 anos)