

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO - PESSOA FÍSICA

01 - DADOS DA PLATAFORMA/ASSESSORIA

Cód. plat./assess.	Nome plataforma/assessoria	CPF do vendedor
Cód. concessionária	Nome da concessionária	Nome do vendedor
Celular do vendedor	E-mail do vendedor	

02 - LINHAS DE PLANOS / ACOMODAÇÃO

PLANOS	ACOMODAÇÃO	REGISTRO ANS	ABRANGÊNCIA	COPARTICIPAÇÃO	SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL
PERSONAL 200 OESTE MG <input type="checkbox"/>	Coletiva	490.073/21-1	Grupo de Municípios	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia
PERSONAL 200 OESTE MG <input type="checkbox"/>	Individual	490.074/21-0	Grupo de Municípios	Sim	Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia
PREFERENCIA REFERENCIA <input type="checkbox"/>	Coletiva	457.379/08-0	Grupo de Municípios	Não	Referência

Declaro haver recusado a oferta do plano referência

03 - MODALIDADE (FATOR MODERADOR)

COM COPARTICIPAÇÃO SEM COPARTICIPAÇÃO

04 - CONTRATAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

A) PLANO TOP PREMIUM F: COM FRANQUIA, CONCEDIDO SEM ÔNUS PARA CONTRATANTE

05 - TITULAR

Nome do Titular (Obrigatoriamente o nome completo)

CPF	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	RG	Sexo	EC*	Data de Nascimento	Idade
-----	--------------------------------	----	------	-----	--------------------	-------

Nome da mãe do Titular (Obrigatoriamente nome completo)

Nome do Responsável	CPF	
E-mail	DDD	Celular

LEGENDA*-EC:EstadoCivil(1)Solteiro(2)Casado(3)Viúvo(4)Separado(5)Divorciado(6)Outros

06 - DEPENDENTE

Nome do dependente	Idade	Grau de parentesco	Sexo	Estado Civil
CNS	CPF do dependente	Data de nascimento do dependente		
Nome da mãe				
Nome do dependente	Idade	Grau de parentesco	Sexo	Estado Civil
CNS	CPF do dependente	Data de nascimento do dependente		
Nome da mãe				
Nome do dependente	Idade	Grau de parentesco	Sexo	Estado Civil
CNS	CPF do dependente	Data de nascimento do dependente		
Nome da mãe				

Nome do dependente	Idade	Grau de parentesco	Sexo	Estado Civil
--------------------	-------	--------------------	------	--------------

CNS	CPF do dependente	Data de nascimento do dependente
-----	-------------------	----------------------------------

Nome da mãe

07 - ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO

CEP	Endereço
-----	----------

Nº	Complemento	Bairro	UF	Cidade
----	-------------	--------	----	--------

Nome do Responsável	DDD	Celular
---------------------	-----	---------

08 - DADOS PARA COBRANÇA E NOTIFICAÇÕES (OBRIGATÓRIO)

Os seguintes documentos serão enviados exclusivamente por meio eletrônico, de acordo com os dados fornecidos neste campo: boleto/fatura para pagamento, aviso de vencimento do boleto, aviso de inadimplência, notificação de cancelamento, aviso de alteração de rede hospitalar e demais comunicações obrigatórias por força deste contrato.

Nome do responsável financeiro	CPF do responsável financeiro
--------------------------------	-------------------------------

DDD	Telefone do Responsável	E-mail do responsável financeiro
-----	-------------------------	----------------------------------

09 - REFERÊNCIA DE VIGÊNCIA

A vigência se dará em 05 dias a partir da data de assinatura da proposta de adesão, caso considere apta para contratação e entregue pelo corretor à operadora em 72 horas. A proposta deverá ser entregue pelo corretor a NotreDameintermedica Minas em até 72 horas da data de assinatura. Caso a proposta seja entregue após esse período (por atraso ou devolução da regularização de documentação) a vigência se dará em 5 dias a partir da data do novo protocolo

10 - DADOS PARA PAGAMENTO

Valor da contraprestação pecuniária (mensalidade)

R\$

O boleto para o pagamento da primeira mensalidade será enviado ao endereço eletrônico informado no Campo "5 - Dados para Cobrança e Notificações" em até 5 (cinco) dias úteis antes da data de vencimento. O valor a ser pago corresponde ao plano contratado.

Verique mensalmente sua caixa de e-mail.

Além do envio eletrônico, os boletos correspondentes às contraprestações pecuniárias também estarão à disposição no portal de serviços (www.gndi.com.br) área do beneficiário saúde.

O vencimento da segunda mensalidade ocorrerá 30 (trinta) dias após a data de vigência do contrato e assim sucessivamente.

Atenção: BOLETOS PARA PAGAMENTO NÃO SERÃO ENVIADOS VIA CORREIOS.

11 - DECLARAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE

O beneficiário contratante declara para todos os fins de direito que:

1. Tem ciência que o Manual de Orientação para a contratação dos Planos de Saúde - MPS esta disponível no (www.gndiminas.com.br)
2. Tem ciência de que a presente proposta é parte integrante do contrato, tendo sido recebida, integralmente lida, entendida e aceita sem nenhuma restrição ao seu conteúdo.
3. Tem ciência que a presente proposta foi assinada eletronicamente em plataforma por intermédio da plataforma/assessoria, por meio de login e senha fornecidas ao proponente em e-mail informado por ele para esse fim.
4. Tem ciência de que a carteira de identificação no plano será DIGITAL e o seu acesso se dará por meio do Portal da Operadora (www.gndiminas.com.br) ou do aplicativo via telefone móvel.
5. Tem conhecimento de que as Condições Gerais do contrato, as Condições Específicas de cada produto, o GLC - Guia de Leitura Contratual e o Guia Contratual de utilização do plano de assistência médica e o Termo de Proteção de Dados Pessoais estão disponíveis no PORTAL GNDI (www.gndiminas.com.br), área do beneficiário.
6. Está ciente de que deverá enviar cópias dos documentos que comprovem a veracidade das informações prestadas e/ou outras que se zerem necessárias por força da legislação vigente, comprometendo-se a manter tais informações devidamente atualizadas, mediante envio dos respectivos documentos comprobatórios, quando solicitados pela NotreDame Intermédica Minas.
7. Tem ciência de que as informações atualizadas da rede assistencial do plano contratado estão disponíveis no PORTAL GNDI (www.gndiminas.com.br), área do beneficiário – saúde ou no aplicativo via telefone móvel.
8. Tem ciência que a assistência odontológica contratada observará as seguintes condições: a) Plano TOP PREMIUM F (com franquia) é contratação que integram o mesmo contrato da assistência médica hospitalar contratada.
9. Tem ciência de que as informações mínimas acerca do tipo de contratação estarão disponíveis no portal da operadora na internet (www.gndiminas.com.br), observadas as exigências da RN 509 da ANS.
10. Tem ciência de que as comunicações (aviso de vencimento de boleto, inadimplência, descredenciamento de rede, aviso de cancelamento) serão enviadas ao endereço eletrônico informado no item 05 desta proposta.
11. Tem ciência de que as regras para rescisão deste contrato seguem as cláusulas previstas em contrato.
12. Está ciente de que é responsável pela exatidão de todas as suas informações cadastrais, principalmente, e que a omissão, inexistência ou fraude de tais informações, que possam, inclusive, ter influenciado na aceitação ou no cálculo da contraprestação pecuniária mensal, poderão implicar rescisão do contrato, na responsabilidade civil e criminal, entre outras consequências.

13. Está ciente de que as informações prestadas a Declaração de Saúde poderão levar a CONTRATADA a solicitar esclarecimentos quanto a doenças preexistentes, para acolher a proposta com restrição de cobertura (CPT), segundo minha opção.

14. Tenho ciência de que a abrangência de cobertura será de acordo com o plano contratado, sendo:

PERSONAL 200 OESTE MG: Minas Gerais: Araújos, Bom Despacho, Carmo do Cajuru, Divinópolis, Igaratinga, Nova Serrana, Perdígão, Pitangui, São Gonçalo do Pará, São Sebastião do Oeste, Carmo da Mata e Pará de Minas.

PREFERENCIA REFERENCIA: Belo Horizonte e Santa Luzia

Estou ciente ainda que:

- (i) a Operadora poderá utilizar 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
- (ii) 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 vigente
- (iii) que a Operadora poderá realizar a coleta, uso, armazenamento, tratamento e proteção dos dados pessoais do beneficiário titular e se houver, do beneficiário dependente e/ou agregado. incluindo, mas não se limitando: nome, endereço, CPF, profissão, telefone e e-mail, conforme permitido pela legislação aplicável.
- (iv) 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, no atendimento a eventuais demandas judiciais e/ou para outras finalidades descritas na Política de Privacidade da NotreDame Intermédica Minas. Para mais informações, acesse <https://www.gndi.com.br/politicas-de-privacidade>
- (v) da obtenção de fotografia do tipo selfie no ato da contratação extraída por funcionalidade do próprio sistema para fins de garantia da prevenção à fraude e à segurança do beneficiário titular, nos processos de identificação e autenticação de cadastro em sistemas eletrônicos, que poderá ser comparada às fotos dos documentos apresentados e comprovar a autenticidade desta contratação.

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

12 - PLANO REFERÊNCIA DISPONÍVEL OFERECIDO: PREFERENCIA REFERENCIA REGISTRO 457379080

Pela presente declaro que tenho conhecimento do plano referência acima explicitado, que me foi oferecido pela NotreDame Intermédica Minas Gerais Saúde S.A, CNPJ 62.550.256/0001-20, com registro na ANS sob nº 348520, de acordo com a lei nº 9.656/98, artigo 12, parágrafo 2º, que institui sua disponibilidade pela operadora, e que, após os esclarecimentos sobre o referido plano, optei pela contratação do(s) plano(s) mencionado(s) na página 1 desta proposta.

Local e Data: _____

Assinatura Legal do Responsável

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 dessa opção.

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

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA SUA 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 carência 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 carência estabelecidos no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informações 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 e atendimento nem rescisão do contrato. Caso isso ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária – CPT – Não é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

*Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: www.ans.gov.br – **Perfil Beneficiário**. Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS – www.ans.gov.br – **Perfil do Beneficiário**.

Beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

Intermediário entre a operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

CONFIGURAÇÃO DE PLANOS OFERTA PF

COPARTICIPAÇÃO		
Plano	Personal 200	
Consulta Eletiva Rede Própria	R\$ 18,00	
Consulta Eletiva	R\$ 18,00	
Consulta P.S. Rede Própria	R\$ 45,00	
Consulta P.S.	R\$ 45,00	
Exames, procedimentos e terapias simples Rede Própria	20%	Limitado R\$ 25,00
Exames, procedimentos e terapias simples	40%	Limitado R\$ 50,00
Exames, procedimentos e terapias especiais Rede Própria	20%	Limitado R\$ 25,00
Exames, procedimentos e terapias especiais	40%	Limitado R\$ 50,00
Internações Rede Própria ou Referência	R\$ 80,00	
Internações Credenciada	R\$ 80,00	
Isenção: quimioterapia, radioterapia, hemodiálise e transfusão		

Eu, proponente titular, declaro que:

Entendi o conteúdo das informações importantes e de todas as perguntas da Declaração de Saúde, e dispensei orientação médica para respondê-las, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas. Aceitei oferta de Cobertura Parcial Temporária – CPT em relação às doenças e lesões declaradas neste documento. Autorizo a operadora a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, exames, prontuários e informações necessárias para a elucidação de qualquer assunto que se relacione com a presente Declaração de Saúde. As informações de saúde relativas a mim são verdadeiras e completas, e foram espontaneamente fornecidas, estando ciente de que a omissão de fatos e/ou o preenchimento incorreto desta declaração poderá acarretar as consequências previstas na legislação de rescisão contratual e de responsabilidade do beneficiário por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso venha a ser comprovada junto à ANS.

Nos termos do artigo 16 da Lei nº 9.656/98 e observada a Súmula 27 da ANS, tenho ciência de que a NotreDame Intermédica Minas reserva-se o direito de exigir a realização de entrevista médica qualificada como condição de aceitação desta contratação, em especial para as hipóteses de conflito entre as informações constantes no item 11 em relação ao peso e altura informados na Declaração de Saúde, de forma a esclarecer o conhecimento ou não quanto à patologia de obesidade mórbida.

A Operadora poderá realizar a coleta, uso, armazenamento, tratamento e proteção de meus dados pessoais e dados pessoais dos meus dependentes, incluindo, mas não se limitando as doenças ou lesões preexistentes declaradas, para fins cumprimento de obrigações perante os órgãos reguladores, como a ANS. Estou ciente de que estes dados serão utilizados com o objetivo identificar os prazos de carência ou cobertura parcial temporária que poderão ser imputados ao contrato. Para mais informações, acesse <https://www.gndi.com.br/politicas-de-privacidade>.

Autorizo a Operadora a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas, laboratórios exames, prontuários e outras informações necessárias a quaisquer esclarecimentos relacionados a esta Declaração de Saúde, a mim, através de contato telefônico, ou outros meios de comunicação.

Local e Data	Assinatura do Titular ou Representante Legal	Médico/Carimbo CRM
--------------	--	--------------------