

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO EMPRESARIAL - PME
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 - DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE (PROPONENTE)

Razão social		
CNAE	CNPJ	Inscrição estadual

03 - 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

Nome do responsável financeiro		CPF do responsável financeiro
DDD	Telefone do responsável financeiro	E-mail do responsável financeiro

04 - ENDEREÇO DA EMPRESA CONTRATANTE

CEP	Endereço		
Nº	Complemento	Bairro	UF
Cidade	Contato da empresa		DDD Celular
CPF do contato	E-mail		

05 - NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS POR PLANO

SMART 150 ABC (Coletiva)	SMART 200 Campinas (Coletiva)	SMART 400 (Privativa)	PREMIUM 900.1 Care (Privativa)
Smart 150 Sorocoba (Coletiva)	SMART 200 Jundiaí (Coletiva)	SMART 500 (Coletiva)	BASIC (Plano referência) Acomodação coletiva
Smart 150 Grande Rio (Coletiva)	SMART 200 Sorocaba (Coletiva)	SMART 500 (Privativa)	Declaro ter recusado a oferta do
SMART 200 SP Capital (Coletiva)	SMART 200 Alto Tietê (Coletiva)	ADVANCE 600 (Coletiva)	
SMART 200 SP Oeste (Coletiva)	SMART 200 UP (Coletiva)	ADVANCE 600 (Privativa)	
SMART 200 Guarulhos (Coletiva)	SMART 200 RJ + Leste Flu (Coletiva)	ADVANCE 700 (Coletiva)	
SMART 200 ABC + Baixada (Coletiva)	SMART 300 (Coletiva)	ADVANCE 700 (Privativa)	
SMART 200 Americana (Coletiva)	SMART 400 (Coletiva)	PREMIUM 900.1 (Privativa)	

06 - MODALIDADE (FATOR MODERADOR)

Sem coparticipação	Com coparticipação
--------------------	--------------------

07 - CONTRATAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

A assistência odontológica contratada será disponibilizada de acordo com a opção abaixo:

- a) Plano Premium F: com franquia, concedido sem ônus para o contratante
- b) Plano N Premium: sem franquia, preço R\$ _____, por beneficiário (contratação obrigatória a todos os beneficiários dos planos de saúde)
- c) Plano Top Premium LE: sem franquia, preço R\$ _____, por beneficiário (opção de contratação independentemente de contratação do plano de saúde)
- d) Plano Premium Plus DO LE: sem franquia, preço R\$ _____, por beneficiário (opção de contratação independentemente de contratação do plano de saúde)

08 - REFERÊNCIA DE VIGÊNCIA**8.1 - REGRA DE VIGÊNCIA DO CONTRATO**

A vigência do contrato se dará em 10 dias a partir da data de assinatura da proposta da adesão, caso considerada apta para contratação e entregue pelo corretor à operadora em 72 horas.

8.2 - DATA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

As inclusões e exclusões de beneficiários devem ser solicitadas em até 20 dias antes do vencimento da próxima mensalidade para que sejam processadas na fatura correspondente.

A proponente pode acompanhar o andamento da sua proposta diretamente no Portal: <https://gndi.com.br/web/guest/status-de-proposta>.

09 - DADOS PARA PAGAMENTO

Valor da contraprestação pecuniária (mensalidade) R\$	+ Taxa de Implantação R\$	= Total do Valor R\$ (1º pagamento)
--	---------------------------	-------------------------------------

O boleto para o pagamento da 1ª mensalidade será enviado ao endereço eletrônico informado no Campo "3 - Dados para Cobrança e Notificações" em 5 (cinco) dias úteis antes da data de vencimento. O valor a ser pago corresponde ao(s) plano(s) contratado(s) e número de beneficiários participantes. Verifique sua caixa de e-mail.

Além do envio eletrônico, os boletos correspondentes às contraprestações pecuniárias também estarão à disposição no portal de serviços do PME Online http://www.gndi.com.br/empresas_pme_on_line.

O vencimento da 2ª mensalidade ocorrerá 30 (trinta) dias após a data de vigência do contrato e assim sucessivamente. Verifique a data de vigência do contrato no portal de serviços do PME Online http://www.gndi.com.br/empresas_pme_on_line.

Atenção: BOLETOS PARA PAGAMENTO NÃO SERÃO ENVIADOS VIA CORREIOS. O envio da mensalidade para pagamento está condicionado à aprovação da presente proposta após análise da legitimidade da pessoa jurídica contratante e elegibilidade dos beneficiários informados.

10 - DECLARAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE

A contratante declara para todos os fins de direito que:

1. Recebeu, leu e compreendeu o Manual de Orientação para Contratação dos Planos de Saúde - MPS previamente à contratação do plano.
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 de que a carteira de identificação no plano será DIGITAL e o seu acesso se dará por meio do portal da operadora (www.gndi.com.br) ou de aplicativo para telefone móvel.
4. 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 odontológica estão disponíveis no site www.gndi.com.br/empresas_pme_on_line.
5. Está ciente de que todas as movimentações cadastrais (exclusões e inclusões de beneficiários) deverão ser realizadas por meio do portal de serviços do PME Online (www.gndi.com.br/empresas/pme_on_line).
6. Está ciente de que deverá enviar cópias dos documentos que comprovem a veracidade das informações prestadas e/ou outras que se fizerem necessárias por força da legislação vigente, sobre a contratante e sobre todos os beneficiários inscritos no contrato, comprometendo-se a manter tais informações devidamente atualizadas, mediante envio dos respectivos documentos comprobatórios, quando solicitados pela NotreDame Intermédica.
7. Tem ciência de que as informações atualizadas da rede assistencial própria e credenciada estão disponíveis no portal GNDI (www.gndi.com.br).
8. Optou pela contratação dos planos de saúde médica hospitalar e/ou odontológica de acordo com os campos assinalados nos itens 5, 6 e 7 desta proposta.
9. Tem ciência que a assistência odontológica contratada será prestada pela Divisão Interodonto do GNDI e observará as seguintes condições: a) Plano PREMIUM F (com franquia) e Plano N PREMIUM (sem franquia) são contratações que integram o mesmo contrato da assistência médica hospitalar contratada; b) Plano TOP PREMIUM LE (sem franquia) e Premium Plus DO LE 454.546/05-0 (sem franquia) serão contratações individualizadas e suas condições gerais e específicas estão disponíveis no site www.gndi.com.br/empresas_pme_on_line.
10. Tem ciência de que as informações mínimas acerca do tipo de contratação estarão disponíveis no portal da operadora na internet (www.gndi.com.br), observadas as exigências da RN 509 da ANS.
11. Tem ciência de que as comunicações do GNDI à empresa contratante (aviso de vencimento de boleto, inadimplência, descredenciamento de rede, aviso de cancelamento) serão enviadas eletronicamente ao endereço eletrônico informado no item 3 desta proposta.
12. Tem ciência de que o pedido de rescisão contratual a qualquer tempo deverá obrigatoriamente ser precedido de notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias. No caso de pedido de rescisão antes de transcorrido o prazo de 12 (doze) meses iniciais de vigência, além da obrigatoriedade da notificação prévia com antecedência mínima de 60 dias, caberá multa rescisória de acordo com as regras previstas em contrato.
13. Tem ciência de que o atendimento aos beneficiários poderá ser suspenso caso a inadimplência seja superior a 08 dias corridos do vencimento do boleto.
14. Está ciente que é responsável pela exatidão de todas as suas informações cadastrais e de seus beneficiários, principalmente, mas não se limitando, às informações referentes ao vínculo entre a contratante e os beneficiários e entre estes e seus dependentes, e que a omissão, inexatidão ou fraude de tais informações, que possam, inclusive, ter influenciado na aceitação ou no cálculo da contraprestação pecuniária mensal, poderão implicar rescisão do contrato, nas responsabilidades civil e criminal, entre outras consequências.
15. 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 vigentes.
 - (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 à eventuais demandas judiciais e/ou para outras finalidades descritas na Política de Privacidade do Grupo NotreDame Intermédica. Para mais informações, acesse <https://www.gndi.com.br/politicas-de-privacidade>.
 - (v) da obtenção de fotografia do tipo sele 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.

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

Assinatura do responsável legal da empresa

CONFIGURAÇÃO DE PLANOS OFERTA PME

SEM COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO	
Acomodação coletiva/segmentação assistencial: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia			
Nº do registro/cód. do plano	Nome comercial do plano	Nº do registro/cód. do plano	Nome comercial do plano
481927186 483319198 477816172 480071181 477829174 477840175 486526200 486518209 474366151 474410151 483065192 486512200 487254201 486576206 474462154 474449157 474363156 474433151	SMART 150 ABC SMART 150 SOROCABA SMART 200 SP CAPITAL SMART 200 SP OESTE SMART 200 GUARULHOS SMART 200 ABC + BAIXADA SMART 200 AMERICANA SMART 200 CAMPINAS SMART 200 JUNDIAÍ SMART 200 SOROCABA SMART 200 ALTO TIETÊ SMART 200 UP SMART 200 RJ + LESTE FLU SMART 300 SMART 400 SMART 500 ADVANCE 600 ADVANCE 700	481929182 483318190 477817171 480074185 477828176 477841173 486524203 486521209 474404157 474330150 483066191 486514206 487252205 486577204 474460158 474448159 474439150 474341155	SMART 150 ABC SMART 150 SOROCABA SMART 200 SP CAPITAL SMART 200 SP OESTE SMART 200 GUARULHOS SMART 200 ABC + BAIXADA SMART 200 AMERICANA SMART 200 CAMPINAS SMART 200 JUNDIAÍ SMART 200 SOROCABA SMART 200 ALTO TIETÊ SMART 200 UP SMART 200 RJ + LESTE FLU SMART 300 SMART 400 SMART 500 ADVANCE 600 ADVANCE 700
SEM COPARTICIPAÇÃO		COM COPARTICIPAÇÃO	
Acomodação privativa/segmentação assistencial: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia			
Nº do registro/cód. do plano	Nome comercial do plano	Nº Registro/Cód. Plano	Nome Comercial Plano
474461156 474447151 474364154 474432152 474352151 476793164 474418157	SMART 400 SMART 500 ADVANCE 600 ADVANCE 700 PREMIUM 900.1 PREMIUM 900.1 CARE	474459154 474445154 474438151 474340157 474424151 476795161	SMART 400 SMART 500 ADVANCE 600 ADVANCE 700 PREMIUM 900.1 PREMIUM 900.1 CARE

PLANO REFERÊNCIA		PLANOS ODONTOLÓGICOS - ABRANGÊNCIA NACIONAL			
SEM COPARTICIPAÇÃO		Nº do registro/cód. do plano	Nome comercial plano	Característica	Segmentação assistencial
Acomodação coletiva/segmentação assistencial: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia					
Nº Registro/Cód. Plano	Nome comercial do plano	464075116 469984130 472791146 454546050	PREMIUM F N PREMIUM TOP PREMIUM LE PREMIUM PLUS DO LE	COM FRANQUIA SEM FRANQUIA SEM FRANQUIA SEM FRANQUIA	ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA
408035991	BASIC				

ÁREA DE VENDAS	
PLANOS	CIDADES
SMART 150 ABC	Santo André, Diadema e São Bernardo do Campo.
SMART 150 SOROCABA	Sorocaba.
SMART 200 SP CAPITAL	São Paulo.
SMART 200 SP OESTE	Cotia, Carapicuíba, Embu das Artes, Itapevi, Jandira, Barueri, 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 200 AMERICANA	Americana, Nova Odessa, Santa Bárbara D'Oeste e Sumaré
SMART 200 CAMPINAS	Campinas e Hortolândia
SMART 200 JUNDIAÍ	Cajamar, Campo Limpo Paulista, Itupeva, Jundiaí, Louveira, Várzea Paulista e Vinhedo.
SMART 200 SOROCABA	Itu, Sorocaba e Votorantim.
SMART 200 ALTO TIETÊ	Arujá, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Itaquaquecetuba, Mogi das Cruzes, Poá, Santa Isabel e Suzano.
SMART 200 UP	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, Suzano, Ribeirão Pires, Sorocaba, Taboão da Serra, São Paulo, Sumaré, Várzea Paulista, Vinhedo e Votorantim.
SMART 200 RJ + LESTE FLU	Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo e São João de Meriti.
SMART 300	Todas as cidades dos Smart 200: São Paulo, Região Metropolitana, Baixada e ABC: Embu-Guaçu, Francisco Morato, Franco da Rocha, Itapeverica da Serra, Mairiporã, Rio Grande da Serra, Jarinu, Santana de Parnaíba, Vargem Grande Paulista, Bertioga, Itanhaém, Mongaguá e Praia Grande. São Paulo Interior: Artur Nogueira, Cabreúva, Cosmópolis, Itatiba, Monte Mor, Paulínia, Salto de Pirapora, Valinhos. Rio de Janeiro e Grande Rio: Itaguaí, Japeri, Magé, Queimados e Seropédica.
SMART 400	Todas as cidades do Smart 200, Smart 300 e mais: Baixada: Peruibe. São Paulo Interior: Aracoiaba da Serra, Atibaia, Boituva, Bragança Paulista, Ibiuna, Itapira, Iperó, Jaguariuna, Porto Feliz, Salto, São Roque e Tatuí.
SMART 500	Todas as cidades do Smart 200, Smart 300, Smart 400 e mais: Baixada: Caraguatatuba e São Sebastião. São Paulo Interior: Guaratingueta e Lorena. Rio de Janeiro e Grande Rio: Petrópolis.
ADVANCE 600 E 700	Todas as cidades do Smart 200, Smart 300, Smart 400, Smart 500 e mais: São Paulo Interior: Alumínio e Mairinque.
PREMIUM 900 E PREMIUM 900.1 CARE	Todas as cidades da linha Smart e Advance.
REFERÊNCIA BASIC	Todas as cidades da linha Smart e Advance.



Nº DA PROPOSTA:

FOLHA 4/4

11 - PLANO REFERÊNCIA DISPONÍVEL OFERECIDO: PLANO REFERÊNCIA BASIC Nº 40803599/1

Pela presente declaro que tenho conhecimento do plano referência acima explicitado, que me foi oferecido pela **NOTREDAME INTERMÉDICA SAÚDE SA.**, CNPJ nº 44.649.812/0001-38, com registro na ANS sob nº 359017, 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 do responsável legal da empresa_____
Assinatura do responsável legal da empresa e carimbo do CNPJ