

RELAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL - RAC - PME

NOTREDAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A

Matrícula	Cód. Empresa	Empresa	CNPJ
-----------	--------------	---------	------

Inclusão	Exclusão	Data Admissão	Demissão Registro do Empregado	Alteração / Solicitação
☐ Titular ☐ Dependente / Agregado	☐ Titular ☐ Dependente / Agregado			☐ Nome ☐ Estado civil ☐ Segunda via ☐ Data de nascimento ☐ Plano (vide contrato) Outros: _____

LINHAS DE PLANOS / ACOMODACÃO

SEM COPARTICIPAÇÃO (EXCETO TERAPIAS)	COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL		SEM COPARTICIPAÇÃO, SOMENTE PARA PLANO ODONTOLÓGICO E PLANO REFERÊNCIA
☐ SMART AMBULATORIAL SP	☐ SMART 200 ABC + Baixada (Coletiva)	☐ SMART 400 (Coletiva)	☐ BASIC (Plano Referência) (Coletiva)
☐ SMART AMBULATORIAL RJ	☐ SMART 200 Americana (Coletiva)	☐ SMART 400 (Privativa)	☐ N PREMIUM
☐ SMART 150 Sorocaba (Coletiva)	☐ SMART 200 Campinas (Coletiva)	☐ SMART 500 (Coletiva)	☐ PREMIUM F
☐ SMART 150 ABC (Coletiva)	☐ SMART 200 Jundiaí (Coletiva)	☐ SMART 500 (Privativa)	☐ TOP PREMIUM LE
☐ SMART 150 Grande Rio (Coletiva)	☐ SMART 200 Alto Tietê (Coletiva)	☐ ADVANCE 600 (Coletiva)	☐ PREMIUM PLUS DO LE
☐ SMART 200 SP Capital (Coletiva)	☐ SMART 200 Sorocaba (Coletiva)	☐ ADVANCE 600 (Privativa)	
☐ SMART 200 SP Oeste (Coletiva)	☐ SMART 200 UP (Coletiva)	☐ ADVANCE 700 (Coletiva)	
☐ SMART 200 Guarulhos (Coletiva)	☐ SMART 200 RJ (Coletiva)	☐ ADVANCE 700 (Privativa)	
☐ SMART 200 Gru - Moji (Coletiva)	☐ SMART 300 (Coletiva)	☐ PREMIUM 900.1 CARE (Privativa)	

TITULAR

Nome do Titular (Obrigatoriamente nome completo)																																						
CPF										Cartão Nacional de Saúde (CNS)										RG					Sexo		EC*		GP**		Data de Nascimento					Idade		
Nome da mãe do Titular (Obrigatoriamente nome completo)																									Valor R\$													

DADOS DOS DEPENDENTES / AGREGADOS - (OBRIGATÓRIO NOME COMPLETO E CPF PARA MAIORES DE 18 ANOS)

DADOS DOS DEPENDENTES / AGREGADOS – (OBRIGATORIO NOME COMPLETO E CPF PARA MAIORES DE 10 ANOS)									
1	Nome do Dependente / Agregado (Obrigatoriamente nome completo)								Nº CPF do Dependente / Agregado
	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Declaração Nascido Vivo	Sexo	EC*	GP**	Data de Nascimento	Idade	Celular do dependente/ Agregado	
	Nome da Mãe do Dependente / Agregado Obrigatoriamente nome completo)								Valor R\$
2	Nome do Dependente / Agregado (Obrigatoriamente nome completo)								Nº CPF do Dependente / Agregado
	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Declaração Nascido Vivo	Sexo	EC*	GP**	Data de Nascimento	Idade	Celular do dependente/ Agregado	
	Nome da Mãe do Dependente / Agregado Obrigatoriamente nome completo)								Valor R\$
3	Nome do Dependente / Agregado (Obrigatoriamente nome completo)								Nº CPF do Dependente / Agregado
	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Declaração Nascido Vivo	Sexo	EC*	GP**	Data de Nascimento	Idade	Celular do dependente/ Agregado	
	Nome da Mãe do Dependente / Agregado Obrigatoriamente nome completo)								Valor R\$
4	Nome do Dependente / Agregado (Obrigatoriamente nome completo)								Nº CPF do Dependente / Agregado
	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Declaração Nascido Vivo	Sexo	EC*	GP**	Data de Nascimento	Idade	Celular do dependente/ Agregado	
	Nome da Mãe do Dependente / Agregado Obrigatoriamente nome completo)								Valor R\$

ENDEREÇO RESIDENCIAL - (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

CEP		Endereço residencial										
Nº	Complemento										Bairro	
Cidade					UF	Telefone			Fax	Telefone para recado		
Celular (preenchimento obrigatório)						E-mail						

LEGENDA

* EC - Estado Civil

(1) Solteiro (2) Casado (3) Viúvo (4) Separado (5) Divorciado (6) Outros

** GP - Grau de Parentesco

(1) Cônjuge (2) Companheiro(a) (3) Filhos (4) Filho agregado (maior) (5) Pai (6) Mãe (7) Padrasto (8) Madrasta (9) Tio(as) (10) Sogro(a) (11) Irmãos(as) (12) Netos(as) (13) Outros

DADOS REEMBOLSO

Autorizo a Notre Dame Intermédica depositar, na conta corrente pormi indicada abaixo, os valores de reembolso das despesas cobertas pela Operadora, realizadas pormi ou porme(s) dependente(s)/Agregado(s), cabendo a mim a responsabilidade de informar à operadora quaisquer alterações que venham a ocorrer na conta indicada, observado o plano contratado.

BANCO (CÓDIGO)	NOME DO BANCO	Nº DA AGÊNCIA	Nº CONTA CORRENTE	DV
----------------	---------------	---------------	-------------------	----

PRINCIPAIS CONDIÇÕES DA ADESÃO (LEIA ATENTAMENTE)

Pelo presente, declaro expressamente que:

Ao preencher e assinar a relação de atualização cadastral, recebo todas as informações sobre meus direitos e obrigações inerentes ao plano de assistência à saúde contratado, em meu benefício e de meus dependentes / agregados elegíveis.

Estou ciente de que para empresas MEI não serão aceitos agregados.

Estou ciente e de acordo que o plano de meus dependentes / agregados será sempre o mesmo que o do titular.

Tenho ciência e estou de acordo com os prazos de carências estabelecidos no momento da contratação, não tenho nenhuma dúvida quanto à sua aplicação.

Tenho ciência e estou de acordo que eventuais reduções ou isenções dos prazos de carência, ocorridas em função de plano anterior, poderão ser aplicadas a todas ou apenas a partes das coberturas contratadas que em nenhuma hipótese alteram as demais cláusulas contratuais.

Estou ciente de que deverei informar o número do CPF de meus dependentes / agregados maiores de 18 (dezoito) anos, não podendo utilizar meu número de CPF para efetiva inclusão dos mesmos no plano. Fica a empresa, identificada anteriormente, investida por mim de plenos poderes de representação perante a operadora.

Estou ciente ainda que:

- a) Operador poderá utilizar meus dados do contato registrado 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.
- que serão admitidas outras formas de assinatura para esta Proposta, desde que assegurem sua autenticidade e sejam legalmente permitidas. Aceito como válido o meu e o tecnológico adotado para o aceite digital desta Proposta, conforme termos dos normativos vigentes.
- que a Operador poderá realizar a coleta, uso, armazenamento, tratamento e proteção dos dados do(a) beneficiário titular e, se houver, do(a) beneficiário dependente e/ou agregado, incluindo, mas não se limitando a: nome, endereço, CPF, profissão, telefone e e-mail, conforme permitido pela legislação aplicável.
- de que estes dados serão utilizados como objetivo de uma 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 do Grupo NotreDame Intermédica. Para mais informações, acesse <https://www.gndi.com.br/politicas-de-privacidade>.
- da obtenção de fotografia do tipo selo 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.

Para todos os ns e efeitos, as informações por mim prestadas são verdadeiras e completas, sem omissão de quaisquer circunstâncias que possam inuir na minha aceitação e de meus dependentes / agregados. Apresento a relação de atualização cadastral e parte integrante do contrato, o qual foi recebido, integralmente lido, entendido e aceito pela minha empresa e por mim, sem quaisquer restrições ao seu conteúdo, o que confirmo preenchendo e assinando.

Local e Data

Assinatura do Titular ou Representante Legal