

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
<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente / Agregado	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente / Agregado			<input type="checkbox"/> Nome <input type="checkbox"/> Data de nascimento
				<input type="checkbox"/> Estado civil <input type="checkbox"/> Plano (vide contrato)
				<input type="checkbox"/> Segunda via <input type="checkbox"/> Outros:

LINHAS DE PLANOS / ACOMODAÇÃO

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

TITULAR

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

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

Autoriza a NotreDame Intermédica a depositar, na conta corrente por mim indicada abaixo, os valores de reembolso das despesas cobertas pela Operadora, realizadas por mim ou por meu(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, recebitos das 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 ouisenções dos prazos de carência, ocorridas em função de plano anterior, poderão ser aplicadas a todas ou apenas a partes das coberturas contratadas desde que em nenhuma hipótese alterem 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:

- i) a Operadora poderá utilizar meus dados do contrato 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 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 coleta, uso, armazenamento, tratamento e proteção dos dados 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 como objetivo de sua 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 Notre Dame Intermédica. Para mais informações, acesse <https://www.gndi.com.br/politicas-de-privacidade>.
- v) da obtenção de fotografia do tipo selo no ato da contratação extraída por funcionalidade do próprio sistema para fins de garantia de 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 fins 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 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