

RELAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL - RAC - PME

NOTREDAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A

Matrícula	Cód. Empresa	Empresa	CNPJ
Inclusão	Exclusão	Data Admissão	Demissão Registro do Empregado
<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente / Agregado	<input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente / Agregado		Alteração / Solicitação <input type="checkbox"/> Nome <input type="checkbox"/> Estado civil <input type="checkbox"/> Segunda via <input type="checkbox"/> Data de nascimento <input type="checkbox"/> Plano (vide contrato) Outros: _____

LINHAS DE PLANOS / ACOMODAÇÃO			
<input type="checkbox"/> SEM COPARTICIPAÇÃO (EXCETO TERAPIAS)	<input type="checkbox"/> COM COPARTICIPAÇÃO TOTAL	<input type="checkbox"/> SEM COPARTICIPAÇÃO, SOMENTE PARA PLANO ODONTOLÓGICO E PLANO REFERÊNCIA	
<input type="checkbox"/> SMART Ambulatorial SP (Indisponível)	<input type="checkbox"/> NOSSO MÉDICO SOROCABA (coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 200 SOROCABA (COLETIVA)	<input type="checkbox"/> BASIC (Plano Referência) (Coletiva)
<input type="checkbox"/> SMART Ambulatorial RJ (Indisponível)	<input type="checkbox"/> NOSSO MÉDICO JUNDIAÍ (coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 200 UP (COLETIVA)	
<input type="checkbox"/> SMART 150 ABC (Coletiva)	<input type="checkbox"/> NOSSO MÉDICO AMERICANA (coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 300 (Coletiva)	
<input type="checkbox"/> SMART 150 Grande Rio (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART RIO (coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 400 (Coletiva)	
<input type="checkbox"/> NOSSO MÉDICO CAMPINAS (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 200 GRU MOGI (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 400 (Coletiva)	
<input type="checkbox"/> NOSSO MÉDICO GUARULHOS (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 200 GUARULHOS (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 500 (Coletiva)	
<input type="checkbox"/> NOSSO MÉDICO ITAPEVI (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 200 SP Oeste (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 500 (Coletiva)	
<input type="checkbox"/> NOSSO MÉDICO MOGI (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 200 CAMPINAS (COLETIVA)	<input type="checkbox"/> ADVANCE 600 (Coletiva)	
<input type="checkbox"/> NOSSO MÉDICO OSASCO (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 200 ALTO TIETE (COLETIVA)	<input type="checkbox"/> ADVANCE 600 (Coletiva)	
<input type="checkbox"/> NOSSO MÉDICO SP LESTE (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 200 SP CAPITAL (COLETIVA)	<input type="checkbox"/> ADVANCE 700 (Coletiva)	
<input type="checkbox"/> NOSSO MÉDICO SP NORTE (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 200 ABC + BAIXADA (COLETIVA)	<input type="checkbox"/> ADVANCE 700 (Privativa)	
<input type="checkbox"/> NOSSO MÉDICO SP SUL (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 200 AMERICANA (COLETIVA)	<input type="checkbox"/> PREMIUM 900.1 Care (Privativa)	
<input type="checkbox"/> NOSSO MÉDICO TABOAO (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 200 JUNDIAÍ (COLETIVA)		

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\$ _____

Nome do Responsável _____ CPF do Responsável _____

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

Autorizo 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 esta relação de atualização cadastral, recebi 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 parte das coberturas contratadas e 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:

- 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.

Para todos os fins e efeitos, as informações por mim prestadas são verdadeiras e completas, sem omissão de quaisquer circunstâncias que possam inibir na minha aceitação e de meus dependentes / agregados.

A presente relação de atualização cadastral é 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