

PROPOSTA DE CONTRATAÇÃO - PESSOA FÍSICA
Vigência

A vigência do contrato se dará em até 72 horas da data de pagamento da primeira contraprestação pecuniária (mensalidade)

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 / ACOMODÇÃO

PLANOS	ACOMODÇÃO	REGISTRO ANS	COPARTICIPAÇÃO	ABRANGÊNCIA	SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL
NotreLife AMB SP <input type="checkbox"/>	Indisponível	495367233	Sim	Grupo de Municípios	Ambulatorial
NotreLife AMB RJ <input type="checkbox"/>	Indisponível	495267237	Sim	Grupo de Municípios	Ambulatorial
NotreLife SP <input type="checkbox"/>	(Coletiva)	494614236	Sim	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetria
NotreLife RJ <input type="checkbox"/>	(Coletiva)	495270237	SIM	Grupo de Municípios	Ambulatorial + Hospitalar com obstetria
Referência I <input type="checkbox"/>	(Coletiva)	432753005	Não	Grupo de Municípios	Referência
Nosso Médico Campinas <input type="checkbox"/>	ENF	498746242	SIM	Municipal	Amb. + Hosp. c/ Obst.
Nosso Médico Guarulhos <input type="checkbox"/>	ENF	498747241	SIM	Municipal	Amb. + Hosp. c/ Obst.
Nosso Médico Itapevi <input type="checkbox"/>	ENF	498748249	SIM	Grupo de Municípios	Amb. + Hosp. c/ Obst.
Nosso Médico Mogi <input type="checkbox"/>	ENF	498750241	SIM	Grupo de Municípios	Amb. + Hosp. c/ Obst.
Nosso Médico Osasco <input type="checkbox"/>	ENF	498751249	SIM	Grupo de Municípios	Amb. + Hosp. c/ Obst.
Nosso Médico SP Leste <input type="checkbox"/>	ENF	498753245	SIM	Municipal	Amb. + Hosp. c/ Obst.
Nosso Médico SP Norte <input type="checkbox"/>	ENF	498754243	SIM	Municipal	Amb. + Hosp. c/ Obst.
Nosso Médico SP Sul <input type="checkbox"/>	ENF	498755241	SIM	Municipal	Amb. + Hosp. c/ Obst.
Nosso Médico Taboao <input type="checkbox"/>	ENF	498756240	SIM	Grupo de Municípios	Amb. + Hosp. c/ Obst.
Nosso Médico ABC <input type="checkbox"/>	ENF	498744246	SIM	Grupo de Municípios	Amb. + Hosp. c/ Obst.
Nosso Médico Sorocaba <input type="checkbox"/>	ENF	498752247	SIM	Municipal	Amb. + Hosp. c/ Obst.
Nosso Médico Jundiai <input type="checkbox"/>	ENF	498749247	SIM	Municipal	Amb. + Hosp. c/ Obst.
Nosso Médico Americana <input type="checkbox"/>	ENF	498745244	SIM	Municipal	Amb. + Hosp. c/ Obst.

 Declaro haver recusado a oferta do plano referência

03 - MODALIDADE (FATOR MODERADOR)

 a) Com coparticipação total b) Sem coparticipação (Exceto terapias) c) Sem coparticipação somente planos odontológicos e Referência

04 - CONTRATAÇÃO DE ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA

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

 a) Plano Prata Franquia (Reg ANS 492.018/22-0), com franquia, concedido sem ônus para o contratante.

 b) Plano Prata (Reg ANS 407.955/99-8), sem franquia, preço R\$._____ (valor da mensalidade)

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
--------	-----	---------

Nome do Responsável	CPF
---------------------	-----

E-mail	DDD	Celular
--------	-----	---------

E-mail	DDD	Celular
--------	-----	---------

E-mail	DDD	Celular
--------	-----	---------

E-mail	DDD	Celular
--------	-----	---------

E-mail	DDD	Celular
--------	-----	---------

E-mail	DDD	Celular
--------	-----	---------

E-mail	DDD	Celular
--------	-----	---------

E-mail	DDD	Celular
--------	-----	---------

E-mail	DDD	Celular
--------	-----	---------

E-mail	DDD	Celular
--------	-----	---------

E-mail	DDD	Celular
--------	-----	---------

LEGENDA*- EC: Estado Civil

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

06 - DEPENDENTE / AGREGADO

Nome do Dependente / Agregado	Idade	Parent.	Sexo	Est.Civil
CNS	CPF do Dependente / Agregado	Data de Nascimento do Dep.		
Nome da Mãe				

07 - DEPENDENTE / AGREGADO

Nome do Dependente / Agregado	Idade	Parent.	Sexo	Est.Civil
CNS	CPF do Dependente / Agregado	Data de Nascimento do Dep.		
Nome da Mãe				

08 - DEPENDENTE / AGREGADO

Nome do Dependente / Agregado	Idade	Parent.	Sexo	Est.Civil
CNS	CPF do Dependente / Agregado	Data de Nascimento do Dep.		
Nome da Mãe				

09 - DEPENDENTE / AGREGADO

Nome do Dependente / Agregado	Idade	Parent.	Sexo	Est.Civil
CNS	CPF do Dependente / Agregado	Data de Nascimento do Dep.		
Nome da Mãe				

10 - ENDEREÇO DO BENEFICIÁRIO TITULAR

CEP	Endereço			
Nº	Complemento	Bairro	UF	Cidade

11 - 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

12 - DADOS PARA PAGAMENTO

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

O boleto para o pagamento da primeira mensalidade será enviado ao endereço eletrônico informado no Campo "10 - Dados para Cobrança e Notificações". O valor a ser pago corresponde ao plano contratado.

Verifique 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.

13 - DECLARAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADEV

O beneficiário 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 a seu conteúdo
3. Tem ciência que a presente proposta foi assinada eletronicamente em plataforma de intermédio da corretora de vendas, por meio de login e senha fornecidas a 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.gndi.com.br) ou do aplicativo via telefone

5. Tem conhecimento de que as Condições Gerais do contrato, as Condições Específicas de cada produto, a 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.gndi.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 fizerem necessárias por fora da legislação vigente, 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 do plano contratado estão disponíveis no Portal GNDI www.gndi.com.br, área do beneficiário – saúde ou no aplicativo via telefone móvel.
8. Optou pela contratação do plano de saúde médica hospitalar de acordo com o campo assinalado no item 02 desta proposta.
9. 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 509/2022.
10. Tem ciência de que as comunicações do GNDI (aviso de vencimento de boleto, inadimplência, descredenciamento de rede, aviso de cancelamento) serão enviadas ao endereço eletrônico informado no item 10 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 a 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. 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 do Grupo NotreDame Intermédica. 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. Declaro que possuo absoluta capacidade jurídica para exercer livremente os meus atos civis.
15. Tenho ciência que a área de comercialização será a área informada abaixo:
- NOTRELIFE SP**, Americana, Arujá, Barueri, Cajamar, Campinas, Campo Limpo Paulista, Carapicuíba, Cotia, Cubatão, Diadema, Embu das artes, Ferraz de Vasconcelos, Guararema, Guarujá, Guarulhos, Hortolândia, Itapevi, Itaquaquecetuba, Itu, Itupeva, Jandira, Jundiaí, Louveira, Mauá, Mogi das Cruzes, Nova Odessa, Osasco, Poá, Praia Grande, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Santa Barbara do Oeste, Santa Isabel, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo, São Vicente, Sorocaba, Sumaré, Suzano, Taboão da Serra, Valinhos, Varzea Paulista, Vinhedo e Votorantim.
- NOTRELIFE RJ**, Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Maricá, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, São Gonçalo, São João de Meriti.
- NOTRELIFE AMBULATORIAL SP**, Americana, Cajamar, Campinas, Campo Limpo Paulista, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu das artes, Guarulhos, Hortolândia, Itapevi, Itu, Itupeva, Jandira, Jundiaí, Louveira, Mauá, Nova Odessa, Osasco, Ribeirão Pires, Santa Barbara do Oeste, Santo André, Santos, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Paulo, Sorocaba, Sumaré, Taboão da Serra, Valinhos, Varzea Paulista, Vinhedo e Votorantim.
- NOTRELIFE AMBULATORIAL RJ, Cidades do Rio de Janeiro**: Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaboraí, Maricá, Niterói, Nova Iguaçu, Rio de Janeiro e São João de Meriti.
16. Tem ciência que a assistência odontológica contratada será prestada pela Divisão Interodonto do GNDI e observará as seguintes condições: a) Plano Prata Franquia (com franquia) e Plano Prata (sem franquia) são contratações individualizadas e suas condições gerais estão disponíveis no site www.gndi.com.br.
17. Caso o plano familiar seja contratado com desconto na tabela de preço, havendo redução do número de beneficiários inscritos no plano no decorrer da vigência do contrato o desconto deixará de ser aplicado, e a cobrança será de acordo com o preço informado na tabela comercial em sua totalidade.
- NOSSO MÉDICO ABC**, Diadema, Mauá, Santo André, São Bernardo do campo, São Caetano do Sul.
- NOSSO MÉDICO CAMPINAS**, Campinas.
- NOSSO MÉDICO GUARULHOS**, Guarulhos.
- NOSSO MÉDICO ITAPEVI**, Itapevi, Santana de Parnaíba, Barueri.
- NOSSO MÉDICO MOGI DAS CRUZES**, Mogi das Cruzes, Suzano, Arujá.
- NOSSO MÉDICO OSASCO**, Osasco, Barueri, Carapicuíba.
- NOSSO PLANO SP LESTE** São Paulo.
- NOSSO MÉDICO SP SUL**, São Paulo.
- NOSSO MÉDICO SP NORTE**, São Paulo.
- NOSSO MÉDICO TABOÃO**, Taboão da Serra, Embu das Artes, Cotia.
- NOSSO MÉDICO JUNDIAÍ**, Jundiaí.
- NOSSO MÉDICO SOROCABA**, Sorocaba.
- NOSSO MÉDICO AMERICANA**, Americana.

14 - PLANO REFERÊNCIA DISPONÍVEL OFERECIDO: PLANO REFERÊNCIA I N° 432753005

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: _____

Data: _____

Assinatura

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