

Ofício Circular nº. 01/2016

Marau (RS), 08 de março de 2016.

Aos
Associados Unisaúde
A/C Responsável Legal / Plano de Saúde

Ref.: Novo Formulário de Adesão ao Plano

Prezados Associados,

Ao cumprimenta-los, servimo-nos da presente circular para apresentar a nova versão do nosso formulário padrão de adesão ao plano de saúde. O formulário foi desenvolvido para complementar as informações indispensáveis e necessárias ao cadastro de beneficiários no plano.

Orientações sobre o preenchimento:

**FORMULÁRIO DE ADESÃO - PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**

DADOS DA OPERADORA	
Nome da Operadora: <i>Associação Unisaúde Marau</i>	Nº de Registro na ANS: <i>33.386-7</i>
Nome Fantasia da Operadora: <i>Unisaúde</i>	CNPJ: <i>89.761.670/0001-34</i>

DADOS DO PLANO	
Nome do Plano: <i>ACIM Unisaúde Coletivo Empresarial</i>	Nº de Registro na ANS: <i>460.891/09-7</i>
Tipo de Contratação: <i>Coletivo Empresarial</i>	Padrão de Acomodação: <i>Semi-Privativo</i>
Abrangência Geográfica: <i>Grupo de Municípios</i>	Segmentação Assistencial: <i>Amb. + Hosp. c/ Obstetrícia</i>

Nestes campos, já preenchidos, contemplam as informações sobre a Operadora de plano de saúde, com seu respectivo registro junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS – responsável pela regulamentação e fiscalização dos planos de saúde. Assim também, as informações sobre o produto (plano) contratado. Estes dados refletem exatamente as características do plano com o seu devido registro.

DADOS DO CONTRATANTE - EMPRESA	
Razão Social:	Nº do Contrato:
CNPJ:	IE:
	Data de Contratação:

Aqui é necessário informar os dados do contratante do plano de saúde, ou seja, da empresa associada à Unisaúde. O número de contrato e a data de contratação encontra-se no Contrato no qual a empresa possui uma

via. Estes dados não mudam a menos que a empresa assine novo Contrato. Caso desconheçam estas informações, podem contatar com o nosso atendimento.

TIPO DE ADESAO		
☐ Inclusão Inicial	☐ Inclusão de Dependente (s)	☐ Transferência / Alteração de Titularidade

Deve ser assinalado o motivo pelo qual está sendo preenchido o formulário:

- **Inclusão inicial:** o beneficiário titular e dependentes não possuíam o plano
- **Inclusão de dependentes:** o beneficiário titular já possui o plano e está solicitando a adesão de dependentes
- **Transferência/Alteração de Titularidade:** utilizado quando o beneficiário e dependentes já possuíam o plano por outra empresa ou quando há alteração da titularidade, ou seja, quando um dependente passa a ser o titular (quando permitido).

DADOS CADASTRAIS - BENEFICIÁRIO TITULAR			
Vínculo com a Contratante: ☐ Sócio / Proprietário (a) ☐ Funcionário (a) ☐ Outro:			
Nome:	Sexo: ☐ M ☐ F	Código:	
CPF:	RG:	Órgão Emissor:	Data de Nascimento:
PIS/PASEP/NIT:	Cartão Nacional de Saúde:		Estado Civil:
Nome da Mãe:	Nome do Pai:		
Endereço:	Nº:	Compl.:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:	Fone:
E-mail:	Profissão/Função:		
Data de Admissão na Empresa:		Participa no custeio da Mensalidade? ☐ Sim ☐ Não ☐ Percentual?	

Deve ser preenchido os dados do beneficiário titular, aquele que possui vínculo com a empresa, que pode ser sócio ou empregatício. Outro vínculo será permitido somente quando previsto em contrato. O código de beneficiário se for inclusão inicial, não deve ser preenchido. A data de admissão/vinculação à empresa é aquela em que o beneficiário foi contratado na empresa ou que assumiu vínculo societário. **Deve ser preenchido necessariamente quando for inclusão inicial.** A questão se participa no custeio da mensalidade deve ser marcada "Sim" somente quando a empresa paga uma parte da mensalidade do titular (sócio ou funcionário), independente do como é feito o pagamento dos dependentes. Se paga parte da mensalidade do titular, deve ser informado o percentual, por exemplo: 10%, 20%, 50%, etc.

Importante: dados obrigatórios

- Nome
- CPF
- Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Data de Nascimento
- Nome da mãe

DADOS CADASTRAIS - DEPENDENTE 1			
Vínculo com o Titular: ☐ Cônjuge / Companheiro (a) ☐ Filho (a) ☐ Enteado (a) ☐ Pai / Mãe ☐ Sogro (a)			
Nome:	Sexo: ☐ M ☐ F	Código:	
CPF:	RG:	Órgão Emissor:	Data de Nascimento:
Declaração de Nascido Vivo:	Cartão Nacional de Saúde:		Estado Civil:
Nome da Mãe:	Nome do Pai:		
Endereço:	Nº:	Compl.:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:	Fone:
E-mail:			

Aqui devem ser preenchido os dados dos dependentes, sendo selecionado o vínculo que tem com o beneficiário titular (atentar ao contrato). Quando a adesão de mais de dois dependentes, deve ser preenchido o mesmo formulário e anexado ao primeiro.

Importante: dados obrigatórios

- Nome
- CPF
- Cartão Nacional de Saúde (CNS)
- Data de Nascimento
- Nome da mãe
- Declaração de Nascido Vivo: somente para nascidos a partir de 2010. O número consta na certidão de nascimento.

Marau (RS), de de .

Assinatura Responsável da Contratante

Assinatura Beneficiário Titular

Após preenchidos os campos e datado, o formulário deve ser impresso, assinado pelo beneficiário titular e pelo responsável da empresa contratante, anexados as cópias de documentos comprobatórios e enviado à Unisaúde até o 20º dia de cada mês.

A adesão somente se dará na data de protocolo de entrega do formulário à Unisaúde e validação dos dados e documentos. Os formulários são editáveis e devem ser digitados (para avanço dos campos clique na tecla TAB). Os formulários que não contemplarem estas informações serão devolvidos e constarão como não entregues.

Sendo o que nos cabia informar, ficamos à disposição para esclarecimentos.

Atenciosamente,

Julcimar Luís de Oliveira
Gerente Administrativo
CRA/RS 36.972