

PROPOSTA DE ADESÃO AO PLANO COLETIVO

1 - Proponente

Razão Social: \_\_\_\_\_ CNPJ: \_\_\_\_\_

2 - Dados do Beneficiário Titular

Nome Completo: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ]F - [ ]M

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado Civil: [ ]Solteiro [ ]Casado [ ]Separado [ ]Divorciado [ ]Viúvo

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor/UF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nome Completo da Mãe: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_ Telefone 1: \_\_\_\_\_ Telefone 2: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

3 - Dados dos Beneficiários Dependentes

(1) Nome Completo: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ]F - [ ]M

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor/UF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nome Completo da Mãe: \_\_\_\_\_

(2) Nome Completo: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ]F - [ ]M

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor/UF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nome Completo da Mãe: \_\_\_\_\_

(3) Nome Completo: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ]F - [ ]M

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor/UF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nome Completo da Mãe: \_\_\_\_\_

(4) Nome Completo: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ]F - [ ]M

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor/UF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nome Completo da Mãe: \_\_\_\_\_

(5) Nome Completo: \_\_\_\_\_ Sexo: [ ]F - [ ]M

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor/UF: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Nome Completo da Mãe: \_\_\_\_\_

4 - Patrocínio da Proponente Sobre o Valor do Plano do Titular

[ ] Sem patrocínio [ ] % patrocinado pela proponente

5 - Produtos

[ ] Odonto Orto [ ] Master Fundiágua [ ] Odonto Orto Adesão [ ] DocPremium [ ] DOC Adesão

6 - Assinalar o tipo de movimentação que será realizada

Inclusão de [ ] Titular [ ] Dependentes Exclusão de [ ] Titular [ ] Dependentes

7 - Declarações e Assinaturas

(1) Declaro serem verdadeiras as informações preenchidas acima e estou ciente que a vigência contratual iniciará após a aprovação desta Proposta de Adesão. (2) Declaro que recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde, o Guia de Leitura Contratual e as Condições Contratuais do plano escolhido. (3) Estou ciente que a falta de documentos, rasuras ou dados incorretos serão fatores de impedimento para a aceitação da Proposta de Adesão. (4) Esta Proposta de Adesão é parte integrante do plano contratado e foi redigida de acordo com a Lei 9656/98. (5) Estou em acordo e consinto com o compartilhamento de dados pessoais e dados pessoais sensíveis, conforme disposto nas condições contratuais, em acordo com a Lei 13709/2018.

Local/Data

Contratante / Titular



## TERMO DE CIÊNCIA DE EXCLUSÃO

### TIPO DE EXCLUSÃO

Exclusão do titular (grupo familiar vigente)  Exclusão de dependente

### TIPO DE PARTICIPANTE

Participante Ativo  Participante Aposentado  Participante Pensionista

### PLANO:

Saúde  Dental  Saúde + Dental

### DADOS DO TITULAR

Nome Completo (sem abreviações):

CPF:

### USO EXCLUSIVO PARA EXCLUSÃO DE DEPENDENTES

Nome completo dos dependentes excluídos:	CPF:
1.	
2.	
3.	
4.	

### DECLARO ESTAR CIENTE QUE:

1º Haverá cobrança de mensalidade no mês de: \_\_\_\_\_

2º A cobertura do plano será até o dia \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

3º O prazo para movimentações cadastrais assistenciais é até o dia 05 de cada mês. Após essa data, quaisquer solicitações serão consideradas para o mês subsequente.

4º Efetivada a exclusão não será permitido o retorno ao plano, bem como declaro ter conhecimento das regras definidas pela ANS e transcritas no verso deste documento.

Assinatura do Titular: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Central de Relacionamento Extramed Saúde

☎ 0800 008 8700

Posto de Atendimento Fundiágua

☎ 61 3426-5316 / 3426-5340

Whatsapp

☎ 61 98127-3584

E-mail

✉ extramedsaude@fundiaga.com.br



## Do Fornecimento de Informações aos Beneficiários sobre as Consequências do Cancelamento ou Exclusão do Contrato de Plano de Saúde

Art. 15. Recebida pela operadora ou administradora de benefícios, a solicitação do cancelamento do contrato de plano de saúde individual ou familiar ou de exclusão de beneficiários em plano coletivo empresarial ou coletivo por adesão, a operadora ou administradora de benefícios, destinatária do pedido, deverá prestar de forma clara e precisa, no mínimo, as seguintes informações:

I – eventual ingresso em novo plano de saúde poderá importar:

a) no cumprimento de novos períodos de carência, observado o disposto no inciso V do artigo 12, da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

b) na perda do direito à portabilidade de carências, caso não tenha sido este o motivo do pedido, nos termos previstos na RN nº 186, de 14 de janeiro de 2009, que dispõe, em especial, sobre a regulamentação da portabilidade das carências previstas no inciso V do art. 12 da Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998;

c) no preenchimento de nova declaração de saúde, e, caso haja doença ou lesão preexistente – DLP, no cumprimento de Cobertura Parcial Temporária – CPT, que determina, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao novo plano, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos;

d) na perda imediata do direito de remissão, quando houver, devendo o beneficiário arcar com o pagamento de um novo contrato de plano de saúde que venha a contratar;

II - efeito imediato e caráter irrevogável da solicitação de cancelamento do contrato ou exclusão de beneficiário, a partir da ciência da operadora ou administradora de benefícios;

III – as contraprestações pecuniárias vencidas e/ou eventuais coparticipações devidas, nos planos em pré-pagamento ou em pós-pagamento, pela utilização de serviços realizados antes da solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde são de responsabilidade do beneficiário;

IV - as despesas decorrentes de eventuais utilizações dos serviços pelos beneficiários após a data de solicitação de cancelamento ou exclusão do plano de saúde, inclusive nos casos de urgência ou emergência, correrão por sua conta;

V – a exclusão do beneficiário titular do contrato individual ou familiar não extingue o contrato, sendo assegurado aos dependentes já inscritos o direito à manutenção das mesmas condições contratuais, com a assunção das obrigações decorrentes; e

VI – a exclusão do beneficiário titular do contrato coletivo empresarial ou por adesão observará as disposições contratuais quanto à exclusão ou não dos dependentes, conforme o disposto no inciso II do parágrafo único do artigo 18, da RN nº 195, de 14 de julho de 2009, que dispõe sobre a classificação e características dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

Assinatura do Titular: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Central de Relacionamento Extramed Saúde

☎ 0800 008 8700

Posto de Atendimento Fundiágua

☎ 61 3426-5316 / 3426-5340

Whatsapp

☎ 61 98127-3584

E-mail

✉ extramedsaude@fundiagua.com.br

41 3068.8700

[www.extramed.com.br](http://www.extramed.com.br)

Matriz: Rua Desembargador Clotário Portugal, 243  
Curitiba/PR