

**RELAÇÃO DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL - RAC PME**
**NOTREDAME INTERMÉDICA SAÚDE S/A**

Matrícula	Cód.da Empresa	Empresa	CNPJ
-----------	----------------	---------	------

Inclusão	Exclusão	Data de 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"/> Estado civil <input type="checkbox"/> Segunda via <input type="checkbox"/> Data de nascimento <input type="checkbox"/> Plano (vide contrato) <input type="checkbox"/> Outros:

**LINHAS DE PLANOS / ACOMODAÇÃO**

<input type="checkbox"/> SEM COPARTICIPAÇÃO		<input type="checkbox"/> COM COPARTICIPAÇÃO	
<input type="checkbox"/> SMART 150 Sorocaba (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 200 Jundiá (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 500 (Privativa)	<input type="checkbox"/> N PREMIUM
<input type="checkbox"/> SMART 150 ABC (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 200 Alto Tietê (Coletiva)	<input type="checkbox"/> ADVANCE 600 (Coletiva)	<input type="checkbox"/> PREMIUM F
<input type="checkbox"/> SMART 150 Leste Fluminense (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 200 Sorocaba (Coletiva)	<input type="checkbox"/> ADVANCE 600 (Privativa)	<input type="checkbox"/> TOP PREMIUM LE
<input type="checkbox"/> SMART 200 SP Capital (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 200 UP (Coletiva)	<input type="checkbox"/> ADVANCE 700 (Coletiva)	<input type="checkbox"/> PREMIUM PLUS DO LE
<input type="checkbox"/> SMART 200 SP Oeste (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 200 RJ (Coletiva)	<input type="checkbox"/> ADVANCE 700 (Privativa)	
<input type="checkbox"/> SMART 200 Guarulhos (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 300 (Coletiva)	<input type="checkbox"/> PREMIUM 900.1 (Privativa)	
<input type="checkbox"/> SMART 200 ABC + Baixada (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 400 (Coletiva)	<input type="checkbox"/> PREMIUM 900.1 CARE (Privativa)	
<input type="checkbox"/> SMART 200 Americana (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 400 (Privativa)	<input type="checkbox"/> INFINITY 1000.1 (Privativa)	
<input type="checkbox"/> SMART 200 Campinas (Coletiva)	<input type="checkbox"/> SMART 500 (Coletiva)	<input type="checkbox"/> BASIC (Plano Referência) (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							Nº do CPF

**DADOS DOS DEPENDENTES / AGREGADOS - (OBRIGATÓRIO NOME COMPLETO EC PF PARA MAIORES DE 18 ANOS)**

1	Nome do Dependente / Agregado (obrigatoriamente nome completo)							Nº do CPF do Dependente / Agregado
	Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Declaração de Nascido	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 de Nascido	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 de Nascido	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 de Nascido	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 DE 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 DA 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>.

(iv) 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.

Para todos os fins e efeitos, as informações por mim prestadas são verdadeiras e completas, sem omissão de quaisquer circunstâncias que possam influir 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



## 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 desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema 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 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 carências 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, intervenções 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 carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação 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 do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto 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](http://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](http://www.ans.gov.br) - **Perfil 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

# DECLARAÇÃO DE SAÚDE

## INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. A Declaração de Saúde consiste no preenchimento do formulário abaixo para registro de informações sobre as doenças ou lesões de que você saiba ser portador ou sofredor, e das quais tenha conhecimento, no momento da contratação ou adesão contratual.
2. Você tem o direito de preencher esta Declaração de Saúde mediante entrevista qualificada, orientado por um médico pertencente à lista de profissionais da rede credenciada ou referenciados da NotreDame Intermédica, sem qualquer ônus. Caso você opte por ser orientado por médico não pertencente à lista de profissionais da rede assistencial da NotreDame Intermédica, poderá fazê-lo, desde que você se responsabilize pelos honorários médicos deste profissional.
3. Conforme disposto na RN 162 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, define-se como: a) Cobertura Parcial Temporária (CPT): aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano de saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal; b) Agravo: qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano de saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.
4. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente, conhecida por você e não declarada neste formulário, pode acarretar consequências previstas na legislação, de rescisão contratual e de responsabilidades por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso estes fatos venham a ser comprovados junto à ANS.
5. Às doenças ou lesões declaradas nesta Declaração de Saúde é oferecida Cobertura Parcial Temporária – CPT pela NotreDame Intermédica, de acordo com o prazo e as condições de suspensão de cobertura, conforme descrito no item 3.

Nome do Titular (obrigatoriamente nome completo)

DEVE SER PREENCHIDO PELO TITULAR E REPRESENTANTE LEGAL							Assinale com "S" (Sim) ou "N" (Não)			
Item	Perguntas	Titular	Dependentes / Agregados							
			1	2	3	4				
1.	Alguma doença dos olhos (uso de óculos ou lentes, miopia, astigmatismo, estrabismo, catarata, doença da retina, ceratocone e outros)?									
2.	Alguma doença da audição, do ouvido, do nariz ou da garganta (surdez, aparelho auditivo, rinite, sinusite, amigdalite, desvio de septo ou outro)?									
3.	Alguma doença do cérebro, do sistema nervoso ou doença psiquiátrica (convulsão, derrame, AVC, aneurisma, paralisia cerebral, paralisia de algum membro, lesão de medula, epilepsia, Parkinson, Alzheimer, depressão, esquizofrenia e outros)?									
4.	Alguma doença do coração (pressão alta, angina, infarto, arritmia, aneurisma, coração dilatado, marca-passo, sopro, stent, ponte de safena, Chagas, febre reumática e outras)? Nasceu com doença do coração ou cirurgia cardíaca? Tem varizes ou algum problema de circulação nas pernas?									
5.	Alguma doença respiratória ou do pulmão (asma, bronquite, enfisema, tuberculose, pneumonia e outras)?									
6.	Alguma doença dos rins ou da bexiga (cálculo renal, insuficiência renal, diálise, infecção de urina de repetição, incontinência ou perda de urina, cisto renal, doença policística, sangramento na urina, nódulo ou tumor de rim e outras)?									
7.	Alguma doença da mama, genital ou sistema reprodutor feminino (cisto ou tumor de ovário, ovário policístico, cisto de mama, tumor ou nódulo de mama, câncer de mama, mioma, sangramento vaginal, câncer de colo de útero, bexiga caída, infertilidade e outras)?									
8.	Alguma doença do genital ou sistema reprodutor masculino (ginecomastia, doença de próstata, câncer de próstata, hiperplasia ou inchaço da próstata, estreitamento da uretra, fimose, hidrocele, varicocele, impotência sexual, doença dos testículos, infertilidade e outras)?									
9.	Alguma doença do sangue, reumatismo, doença imunológica, do colágeno ou autoimune (anemia, anemia falciforme, leucemias, linfoma, púrpura, HIV ou AIDS, Chagas, lúpus, esclerose múltipla, artrite reumatoide, psoríase, doença da coagulação, febre reumática e outras)?									
10.	Alguma doença do sistema digestivo (hérnia umbilical, hérnia inguinal, outras hérnias, gastrite, pedra na vesícula, refluxo, doença do intestino, doença de Crohn, colites, hepatite B, hepatite C, outras hepatites, cirrose, outras doenças do fígado ou pâncreas)?									
11.	Tem obesidade ou sobrepeso? Tem diabetes, doença da tireoide, outra doença endócrina ou do metabolismo? Alguma doença do crescimento?									
12.	Alguma doença dos ossos ou da coluna (artrose, hérnia de disco, desvio de coluna, osteoporose, lesão de ligamento ou tendão, doença do fêmur ou joelho, bursites, tendinites, artrites, fraturas, placas, pinos, próteses e outras)? Alguma doença dos ossos da face, mandíbula ou cirurgia de bucomaxilofacial?									
13.	Algum tumor benigno, maligno ou câncer (leucemia, linfoma, câncer de mama, pulmão, fígado, tumor ou pólipos de intestino, tumor ou câncer da próstata, melanoma e outros tumores de pele, tumor de boca ou outros tipos de câncer)?									
14.	Alguma outra doença com necessidade de internação e/ou cirurgia que não foi mencionada acima? Alguma doença genética, de nascença ou congênita?									
15.	Informar peso:	Titular	Dep./Agr.(1)	Dep./Agr.(2)	Dep./Agr.(3)	Dep./Agr.(4)				
16.	Informar altura:	Titular	Dep./Agr.(1)	Dep./Agr.(2)	Dep./Agr.(3)	Dep./Agr.(4)				

Caso você e/ou seu(s) dependente(s)/agregado(s) apresente(m) alguma(s) das situações anteriores, por favor, especifique(m) datas, tratamentos, realização de cirurgias, situação atual ou demais dados que considerem importantes para avaliação médica e onúmero do dependente/agregado. Se dispuser de relatório médico ou laudo de exames e cirurgias a respeito da doença referida, junte a esta Declaração de Saúde

Item (pergunta)	Tit./Nº do dependente/agregado	Data/evento – Descrição/Esclarecimento/CID	Uso da operadora

**DECLARAÇÃO DE SAÚDE**

Item (pergunta)	Tit./Nº do dependente/agregado	Data/evento – Descrição/Esclarecimento/CID	Uso da operadora

Eu, proponente titular, declaro que:

Entendi o conteúdo das informações importantes e de todas as perguntas da Declaração de Saúde, e dispensei orientação médica para respondê-las, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas. Aceitei oferta de Cobertura Parcial Temporária - CPT em relação às doenças e lesões declaradas neste documento. Autorizo a operadora a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, exames, prontuários e informações necessárias para a elucidação de qualquer assunto que se relacione com a presente Declaração de Saúde. Informações de saúde relativas a mim e a meu(s) dependente(s)/agregado(s) são verdadeiras e completas, e foram espontaneamente fornecidas, estando ciente de que a omissão de fatos e/ou o preenchimento incorreto desta declaração poderá acarretar as consequências previstas na legislação de rescisão contratual e de responsabilidade do beneficiário por despesas realizadas com os procedimentos que seriam objetos de CPT, caso venha a ser comprovada junto à ANS.

Nos termos do artigo 16 da Lei nº 9.656/98 e observada a Súmula 27 da ANS, tenho ciência de que a NotreDame Intermédica reserva-se direito de exigir a realização de entrevista médica qualificada como condição de aceitação desta contratação, em especial para as hipóteses de conflito entre as informações constantes no item 11 em relação ao peso e altura informados na Declaração de Saúde, de forma a esclarecer o conhecimento ou não quanto à patologia de obesidade mórbida.

1. A Operadora poderá realizar a coleta, uso, armazenamento, tratamento e proteção de meus dados pessoais e dados pessoais dos meus dependentes, incluindo, mas não se limitando as doenças ou lesões preexistentes declaradas, para fins cumprimento de obrigações perante os órgãos reguladores, como a ANS. Estou ciente de que estes dados serão utilizados com o objetivo identificar os prazos de carência ou cobertura parcial temporária que poderão ser imputados ao contrato. Para mais informações, acesse <https://www.gndi.com.br/politicas-de-privacidade>.

2. Autorizo a Operadora a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas, laboratórios exames, prontuários e outras informações necessárias a quaisquer esclarecimentos relacionados a esta Declaração de Saúde, a mim, através de contato telefônico, ou outros meios de comunicação.

Local e Data

Assinatura do Titular ou Representante Legal

Médico/Carimbo CRM