

01 - DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE (Campos Obrigatórios)

Razão Social da Empresa Proponente/Contratante: (sem abreviações)			
CNPJ: (somente os números)	Data de Abertura da Empresa:	CNAE:	Inscrição Estadual

02 - ENDEREÇO DA EMPRESA CONTRATANTE (Campos Obrigatórios)

Endereço:		Número:	
Complemento:	Bairro:		
Cidade:	UF:	CEP:	
Nome do Contato da Empresa:			
E-mail de pessoa de Contato da Empresa			
CPF do contato:	Telefone e/ou Celular de Contato		

03 - DADOS PARA COBRANÇA E NOTIFICAÇÕES (Campos Obrigatórios)

Os seguintes documentos serão enviados exclusivamente por meio eletrônico, de acordo com os dados fornecidos neste campo: Boleto/Fatura para pagamento, Aviso de inadimplência, Notificação de Cancelamento, Aviso de Alteração de rede hospitalar, Comunicação do Reajuste Anual, e demais comunicações obrigatórias por força deste contrato.

Nome do responsável financeiro:		
E-mail: (Este e-mail será utilizado para emissão das NF's, boletos e acesso ao sistema da SMS)		
CPF do responsável financeiro:	Telefone e/ou Celular do responsável financeiro	Data de Nascimento:

04 - DADOS DA CORRETORA (Preenchimento Obrigatório)

Corretora	Código Corretora	Celular do Vendedor:
Nome Completo do Vendedor		
E-mail do Vendedor:	CPF do Vendedor:	

05 - PLANO CONTRATO E NÚMERO DE BENEFICIÁRIOS

Selecione o plano contratado e indique o números de vidas na contratação.

Numero do Registro do Produto na ANS	Nome Comercial Plano	Número de Vidas por Plano
483.252/19-3	E-BUSINESS PLUS	
483.253/19-1	E-CORPORATE PLUS	

06 - VIGÊNCIA DO CONTRATO

A data de vigência e vencimento respeitará a seguinte regra:
 Ciclo 01: Data de protocolo na operadora entre 21 e 30, a vigência e vencimento será 10
 Ciclo 02: Data de protocolo na operadora entre 01 e 10, a vigência e vencimento será 20
 Ciclo 03: Data de protocolo na operadora entre 11 e 20, a vigência e vencimento será 28

A proposta deverá ser entregue pelo corretor à São Miguel Saúde. Caso a proposta seja entregue após o período (por atraso ou devolução), a vigência se dará no próximo ciclo após a data da nova entrega. A Contratante/Proponente pode acompanhar diretamente com seu corretor.

Assinatura do responsável Legal da Empresa	Local e Data

07 - DATA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

Inclusões e exclusões de beneficiários devem ser solicitadas em até 20 dias antes do vencimento da próxima mensalidade para se para que sejam processadas na fatura correspondente.

08 - DADOS PARA PAGAMENTO

Valor da contraprestação pecuniária (mensalidade)

R\$ (_____, _____), (Somatória de todas a vidas, respeitando as faixas etárias e seus devidos descontos)

O boleto para o pagamento da 1ª mensalidade será enviado ao endereço eletrônico informado no campo "03 - DADOS PARA COBRANÇA E NOTIFICAÇÕES (Campos Obrigatórios)" em até 3 dias antes da data do vencimento. O valor a ser pago corresponde ao(s) plano(s) contratado(s) e número de beneficiários participantes. Verifique sua caixa de e-mail.

Além do envio eletrônico os boletos correspondentes às contraprestações pecuniárias também estarão à disposição no site www.saomiguelsaude.com.br.

O vencimento da 2ª mensalidade ocorrerá 30 dias após a data de vigência do contrato e assim sucessivamente. Verifique a data de vigência e vencimentos no site www.saomiguelsaude.com.br

Atenção: **BOLETOS PARA PAGAMENTO NÃO SERÃO ENVIADOS VIA CORREIOS**. O envio da mensalidade para pagamento está condicionado à aprovação da presente proposta após análise de legitimidade da pessoa jurídica contratante e elegibilidade dos beneficiários informados.

09 - DECLARAÇÕES DA EMPRESA CONTRATANTE

Solicitamos a inclusão dos beneficiários aderentes e seus respectivos dependentes no Contrato de Assistência Médica e Hospitalar da São Miguel Saúde, sendo que esta proposta, faz parte integrante do contrato Registrado no Cartório de Registro de Notas e também disponível no site www.saomiguelsaude.com.br.

DECLARAMOS PARA OS DEVIDOS FINS:

1ª Que as informações prestadas são verdadeiras e completas, ciente das responsabilidades e penalidades assumidas, em face do que contém no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro.

2ª Declaro que li integralmente e aceitei as disposições e cláusulas contratuais do contrato que faz parte integrante desta proposta Registrado no Cartório de Registro de Notas e também disponível no site www.saomiguelsaude.com.br que concordamos em todos os seus termos, sem exceção.

3ª Declaro para os devidos fins que a São Miguel Saúde, inscrita no CNPJ 66.854.779/0001-10, sob registro ANS 32.523-6, ofertou-me o Plano de Segmentação Referência, registro ANS 462.950/10-7, esclarecendo a diferença com produtos de outra segmentação e que de livre e espontânea vontade optei por outro(s) plano(s) da operadora.

10 - DECLARAÇÕES E TERMO DE RESPONSABILIDADE

A contratante declara para todos o fins de direito que: 1) Recebeu, leu e compreendeu o Manual de Orientação para Contratação dos Planos de Saúde - MPS 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 ao seu conteúdo. 3) Tem ciência de que a carteira de identificação no plano será DIGITAL e seu acesso se dará por meio do seu telefone móvel, através do APP da São Miguel Saúde disponíveis na lojas de aplicativos caso haja necessidade a carteira física deverá ser solicitada a 1ª via no site da São Miguel Saúde ou no setor de cadastro após o início da vigência, somente a 1ª via da carteira física não terá cobrança. 4) Tem conhecimento de que as Condições Gerais do contrato, as Condições Específicas de cada produto, o Guia de Leitura Contratual e o Guia Contratual de utilização do plano de assistência médica estão disponíveis no site www.saomiguelsaude.com.br. 5) Está ciente de que todas as movimentações cadastrais (exclusões e inclusões de beneficiários) deverão ser realizadas por meio do portal de serviços on-line www.saomiguelsaude.com.br. 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 força da legislação vigente, sobre a contratante e sobre todos os beneficiários inscritos no contrato, comprometendo-se a manter tais informações devidamente atualizadas, mediante envio dos respectivos documentos comprobatórios, quando solicitados pela São Miguel Saúde. 7) Tem ciência de que as informações mínimas acerca do tipo de contratação estarão disponíveis no site da operadora na internet (www.saomiguelsaude.com.br), observadas as exigências da RN 389 da ANS. 8) Tem ciência que o Orientador Médico está disponível para download ou consulta no site www.saomiguelsaude.com.br. 9) Tem ciência de que as comunicações da São Miguel Saúde à empresa contratante (aviso de vencimento de boleto, inadimplência, descredenciamento de rede, aviso de recebimento) serão enviadas através do e-mail, informado no item de "DADOS DE COBRANÇA" desta proposta. 10) Tem ciência de que o pedido de rescisão deste contrato por qualquer das partes antes de transcorrido o prazo de 12 (doze) meses iniciais de vigência implicará multa rescisória de acordo com as regras previstas em contrato. 11) Está ciente que é responsável pela exatidão de todas as suas informações cadastradas e de seus beneficiários, principalmente, mas não se limitando, as informações referentes ao vínculo entre a contratante e os beneficiários e entre estes e seus dependentes, e que a omissão, inexatidão ou fraude de tais informações, que possam, inclusive, ter influenciado na aceitação ou no cálculo da contraprestação pecuniária mensal, poderão implicar rescisão do contrato, na responsabilidade civil e criminal, entre outras consequências.

Assinatura do responsável Legal da Empresa



ANS - nº 32523-6

11 - PLANO REFERÊNCIA DISPONÍVEL OFERECIDO: PLANO REFERÊNCIA Nº 462.950/10-7

Pela presente declaro que tenho conhecimento do plano referência acima explicitado, que me foi oferecido pela São Miguel Saúde, CNPJ 66.854.779/0001-10, com registro na ANS sob nº 32.523-6, de acordo com a Lei 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.

Assinatura do responsável Legal da Empresa

Local e Data

12 - CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

Prezado(a) Beneficiário(a),

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula a 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 Agravo, 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, 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 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 - 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 Beneficiário."

Beneficiário/Contratante:	INTERMEDIÁRIO (CORRETOR) ENTRE A OPERADORA E O BENEFICIÁRIO
_____, ____/____/____ Local Data	_____, ____/____/____ Local Data
Nome: _____ Nome legível do responsável Legal da Empresa	Nome: _____ Nome legível do Intermediário / Corretor
CPF: _____ CPF do responsável Legal da Empresa	CPF: _____ CPF do Intermediário / Corretor
Fone:(____) _____ Celular:(____) _____	Fone:(____) _____ Celular:(____) _____
Email: _____	Email: _____
_____ Assinatura do responsável Legal da Empresa	_____ Assinatura do Intermediário / Corretor

13 - CONDIÇÃO PROMOCIONAL DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA

Esta proposta, estabelece uma condição promocional para o momento da contratação e consiste na redução dos prazos de carência previstos na cláusula 6ª, do presente contrato.

As carências promocionais, se concedidas, serão aplicadas somente nos beneficiários informados no momento da CONTRATAÇÃO.

GRUPO DE CARÊNCIAS COM REDUÇÃO						
A	B	C	D	E	F	G
24 horas	24 horas	90 dias	180 dias	180 dias	180 dias	300 dias

Requisitos e regras para aceite do aproveitamento;

- 1- Ter no mínimo de 6 (seis) meses do plano anterior, onde o mesmo deverá possuir registro na ANS;
- 2- Apresentar a cópia dos 3 (três) últimos boletos quitados da operadora de origem, sendo que o último boleto não poderá exceder 60 (sessenta) dias do vencimento;
- 3- Apresentar cópia do cartão de identificação do beneficiário da operadora de origem (data de início, acomodação, nome do plano);
- 4- Carta de tempo de permanência original da operadora de origem;
- 5- Os documentos do plano anterior deverão ser enviados junto com a proposta comercializada, qualquer inclusão posterior a data de adesão/assinatura não aproveitara o benefício de aproveitamento de carência;
- 6- A São Miguel Saúde fará uma análise dos documentos enviados. Se estiver tudo correto, será realizado o aproveitamento de carência;
- 7- Na falta de qualquer documento enviado ou que conste alguma irregularidade não será realizado o aproveitamento de carência;
- 8- A São Miguel Saúde se reserva do direito de não aceitar o aproveitamento de carência sem aviso prévio, todo caso será avaliado e se o aproveitamento for aceito já virá explícito na carteirinha do beneficiário.

APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA 02 a 29 vidas						
A	B	C	D	E	F	G
24 horas	24 horas	24 horas	90 dias	180 dias	180 dias	300 dias

- a) Consulte o contrato para verificar o grupo de cada carência
- b) A redução de carência não será aplicada para doenças PREEXISTENTES (CPT).
- c) Não temos aditivo de aproveitamento de carência. Os documentos deverão ser enviados para análise.
- d) Duvidas sobre o processo de redução de carência deverão ser sanadas pelo seu vendedor através do canal de apoio ao corretor no fone (11) 2058-8665
- 9- Para os planos com 30 (trinta) participantes ou mais, os beneficiários que formalizarem o pedido de ingresso em até 30 (trinta) dias da celebração do contrato coletivo ou de sua vinculação à CONTRATANTE, não haverá cumprimento de carência, após o prazo de 30 (trinta) dias, cumprira as carências contratuais.