

PROPOSTA CONTRATUAL - EMPRESARIAL PME
01 - DADOS DA PLATAFORMA/ASSESORIA

Cód. plat./assess.	Nome plataforma/assessoria	CPF do vendedor
Cód. concessionária 0001/2023	Nome da concessionária	Nome do vendedor
Celular do vendedor	E-mail do vendedor	

02 - DADOS DA EMPRESA CONTRATANTE (PROPONENTE)

Razão social		
CNAE	CNPJ	Inscrição estadual

03 - 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 financeiro	E-mail do responsável financeiro

04 - ENDEREÇO DA EMPRESA CONTRATANTE

CEP	Endereço		
Nº	Complemento	Bairro	UF
Cidade	Contato da empresa	DDD	Celular
CPF do contato	E-mail		

05 - NUMERO DE BENEFICIÁRIOS POR PLANO

CLASSIC II MASTER - ENFERMARIA	<input type="text"/>

06 - MODALIDADE (FATOR MODERADOR)

Sem coparticipação

PROPOSTA CONTRATUAL - EMPRESARIAL PME

07 - REFERÊNCIA DE VIGÊNCIA

7.1 - REGRA DE VIGÊNCIA DE CONTRATO

Vigências: **01, 10, 20**

FECHAMENTOS:	VIGÊNCIAS:
FECHAMENTO NO DIA 15 MÊS ANTERIOR	VIGÊNCIA DIA 01
FECHAMENTO NO DIA 25 MÊS ANTERIOR	VIGÊNCIA DIA 10
FECHAMENTO NO DIA 05 MÊS ANTERIOR	VIGÊNCIA DIA 20

7.2 - DATA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

As inclusões de beneficiários devem ser solicitadas em até 20 dias antes do vencimento da próxima mensalidade para que sejam processadas na fatura correspondente.

08 - DATAS PARA PAGAMENTO

Valor da contraprestação pecuniária (mensalidade)

R\$ _____

Os Boletos para os pagamentos serão enviados ao endereço eletrônico informado.

Os valores a serem pagos correspondem ao(s) plano(s) contratado(s) e número de beneficiários participantes.

O boleto da primeira mensalidade está condicionada à aprovação da presente proposta contratual, após análise da legitimidade da pessoa jurídica contratante e elegibilidade dos beneficiários informados.

Atenção: BOLETOS PARA PAGAMENTO NÃO SERÃO ENVIADOS VIA CORREIOS.

09 - DECLARAÇÃO E TERMO DE RESPONSABILIDADE

A contratante declara para todos os fins de direito que:

1. Recebeu, leu compreendeu o Manual de Orientação para Contratação dos Planos de Saúde 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 ao seu conteúdo
3. Tem ciência de que a carteira de identificação no plano será DIGITAL e o seu acesso se dará por meio do APP SB SAÚDE.
4. Tem conhecimento de que as Condições Gerais do contrato, as Condições Específicas de cada produto, Guia de Leitura Contratual e o Guia Contratual de utilização do plano de assistência médica.
5. Está ciente de que todas as movimentações cadastrais (exclusões e inclusões de beneficiários) deverão ser realizadas por meio do portal da SB SAÚDE online (sbsaude.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 os beneficiários inscritos no contrato, comprometendo-se a manter tais informações devidamente atualizadas mediante envio dos respectivos documentos comprobatórios, quando solicitado pela SB SAÚDE.
7. Tem ciência de que as informações atualizadas da rede assistencial própria e credenciada estão disponíveis no portal SB SAÚDE online (sbsaude.com.br)
8. Optou pela contratação dos planos de saúde médica hospitalar de acordo com os campos assinalados nos itens 5 e 6 desta proposta.
9. Tem ciência de que as comunicações da SB SAÚDE à empresa contratante (aviso de vencimento de boleto, inadimplência, descredenciamento de rede, aviso de cancelamento) serão enviadas eletronicamente ao endereço eletrônico informado.
10. Tem ciência de que os pedidos 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 regras previstas em contrato.
11. Está ciente de que para inclusão de prestadores de serviços Pessoa Jurídica e/ou Pessoa Física será necessário apresentação do contrato de prestação de serviço e não serão aceitos agregados.
12. Está ciente de que é responsável pela exatidão de todas as suas informações cadastrais e de seus beneficiários, principalmente, mas não se limitando, às informações referentes ao vínculo entre a contratante e os beneficiários e entre estes e seus dependentes, e que a omissão, inexistência ou fraude de tais informações, que possam, inclusive, ter influenciado na aceitação ou no cálculo da contraprestação pecuniária mensal, poderão implicar rescisão do contrato, nas responsabilidades civil e criminal, entre outras consequências

10 - PLANO REFERÊNCIA DISPONÍVEL OFERECIDO: PLANO REFERÊNCIA BASIC Nº 481411188

Pela presente declaro que tenho conhecimento do plano de referencia acima explicita, que me foi oferecido pela Saúde Brasil Assistência Médica, CNPJ nº28.633.372/0001-74, com registro na ANS sob nº 42115-4, de acordo com a Lei nº 9.656/98, artigo 12, parágrafo 2º, que institui sua indisponibilidade pela operadora, e que, após os esclarecimentos sobre o referido plano, optei pela contratação do(s) plano(s) mencionados(s) na página 1 desta proposta.

CONFIGURAÇÃO DE PLANOS OFERTA PME
SEM COPARTICIPAÇÃO

Acomodação coletiva: assistência: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia

Nº do registro/cód. do plano

Nome comercial do plano

492050223

CLASSIC II MASTER

PLANO REFERÊNCIA
SEM COPARTICIPAÇÃO

Acomodação coletiva/segmentação assistência: ambulatorial + hospitalar com obstetrícia

Nº do registro/cód. do plano

Nome comercial do plano

4814111/88

CARE COLETIVO EMPRESARIAL

ÁREA DE VENDAS
PLANOS

CLASSIC II MASTER - ENFERMARIA

São Paulo

TABELA DE REAJUSTE POR FAIXA ETÁRIA

Faixa Etária	CLASSIC II MASTER - ENFERMARIA	
	02 A 29 VIDAS	30 A 99 VIDAS
0 A 18	0,00%	0,00%
19 A 23	22,70%	22,69%
24 A 28	30,01%	30,03%
29 A 33	04,48%	04,48%
34 A 38	03,34%	03,34%
39 A 43	10,01%	10,00%
44 A 48	29,47%	29,48%
49 A 53	29,52%	29,51%
54 A 58	29,50%	29,50%
59+	45,50%	45,50%

CONDIÇÃO PROMOCIONAL PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIA - PME (02 A 29 VIDAS)
01- CONDIÇÃO PROMOCIONAL DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA (02 A 29 VIDAS)

Esta proposta estabelece uma condição promocional para o momento da contratação e consiste na redução dos prazos de carência previsto na condição geral do presente contrato, que será aplicada desde que, os pré-requisitos estabelecidos a seguir tenham sido cumpridos pelo Beneficiário/ Contratante.

As carências promocionais, se concedidas, serão aplicadas somente aos beneficiários informados no momento da contratação.

PRAZOS DE CARÊNCIAS PME		CARÊNCIAS PROMOCIONAIS**			
		CONTRATO 02 A 29 VIDAS	PROMOCIONAL 1 02 A 29 VIDAS	PROMOCIONAL 2 02 A 29 VIDAS	PROMOCIONAL 3 02 A 29 VIDAS
GRUPO	DESCRIÇÃO DO GRUPO	PRAZOS			
1	Urgência ou Emergência	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS
2	Consultas Médicas	30 DIAS	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS
4 e 5	Exames Simples	30 DIAS	24 HORAS	24 HORAS	24 HORAS
6 e 9	Exames Especiais, Terapias Especiais, Internações Clínicas e Cirúrgicas e demais procedimentos, exceto os grupos 10 e 11	180 DIAS	180 DIAS	90 DIAS	24 HORAS
10	Transplantes, implantes, Terapia Imunobiológica, Próteses e órteses ligadas ao ato cirúrgico e as sem finalidade estética; Internações psiquiátricas, diálise/hemodiálise, cirurgias refrativa e obesidade mórbida	180 DIAS	180 DIAS	90 DIAS	24 HORAS
11	Parto a Termo	300 DIAS	300 DIAS	300 DIAS	300 DIAS
12	Cobertura Parcial Temporária	720 DIAS			

CRITÉRIOS:

Contrato:

02 a 29 vidas = Carência contratual para empresas sem plano anterior ou empresas com tempo de cobertura inferior a campanha promocional.

Promocional 1:

De 06 até 12 meses de permanência em outras Operadoras.

Condição: para planos oriundos de operadoras com registro na ANS e planos regulamentados.

Promocional 2:

De 12 até 24 meses de permanência em outras Operadoras.

Condição: para planos oriundos de operadoras com registro na ANS e planos regulamentados.

Promocional 3:

Á partir de 24 meses 1 dia de permanência em outras Operadoras.

Condição: para planos oriundos de operadoras participantes listadas abaixo (OPERADORAS PARTICIPANTE).

OPERADORAS PARTICIPANTES:

Allianz, Amil (Next, Medial, Lincx, One Health, Sobam e Santa Helena), Ana Costa Saúde, Assim Saúde, Biovida, Blue Med, Bradesco, Caberj, Cabesp, Care Plus, Garantia de Saúde, Golden Cross, Haoc, Sompo, (Marítima), Medical Health, Mediservice, Omint, Plena Saúde, Porto Seguro, Samaritano Saúde, Santa Casa de Mauá, São Cristovão, São Miguel Saúde, Saúde Beneficência, Sulamérica, Tempo, Trasmontano, NotreDame Seguradora, Unihosp.

CONDIÇÃO PROMOCIONAL PARA REDUÇÃO DE CARÊNCIA - PME (02 A 29 VIDAS)**2 - DOCUMENTAÇÃO COMPROBATÓRIA****A - Beneficiários advindos de Plano Pessoa Física:**

- cópia do contrato celebrado com Seguradora/Operadora anterior; ou
- cópia do cartão de identificação da congênera, desde que contenha a data de início de vigência;
- cópia dos 02 (dois) últimos comprovantes de pagamento com a Seguradora/Operadora anterior, com inadimplência até 60 dias. (da data do vencimento original até a data da assinatura da proposta)

B- Beneficiários advindos de Plano Empresarial/Adesão:

- carta original da empresa em que trabalha(ou) ou Administradora (no caso de Planos de Adesão), com o período de permanência, plano e acomodação na congênera anterior; ou,
- carta original da Seguradora/Operadora, com o período de permanência, plano e acomodação; ou
- cópia do cartão de deificação da congênera, desde que contenha a data de início de vigência.

ENTREGA DA DOCUMENTAÇÃO

A entrega da documentação deverá ocorrer, obrigatoriamente, no momento da contratação do(s) plano(s) da SB SAÚDE e encaminhada junto com a Proposta de Contratação Coletiva Empresarial - PME.

A SB SAÚDE reserva-se o direito de analisar a documentação encaminhada e, caso não sejam cumpridos as condições estabelecidas, os prazos de carência não serão reduzidos, permanecendo os prazos das carências contratuais

NOME DOS BENEFICIÁRIOS COM REDUÇÃO DE CARÊNCIA

1-

2-

3-

4-

5-

6-

03 - DECLARAÇÃO

O Contratante declara estar ciente de que a proposta de redução de carência é uma condição promocional para o momento da contratação, e será aplicada somente mediante apresentação dos documentos do item 02.

Local e Data

Assinatura do Titular ou Representante Legal

RELAÇÃO DE INCLUSO E ATUALIZAÇÃO CADASTRAL - PME

Matrícula	Cód. da Empresa	Empresa	CNPJ	s: _____
-----------	-----------------	---------	------	----------

Inclusão <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente / Agregado	Exclusão <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Dependente / Agregado	Data de Admissão	Demissão / Registro do Empregado	Alteração / Solicitação <input type="checkbox"/> Nome <input type="checkbox"/> Data de nascimento	<input type="checkbox"/> Estado civil <input type="checkbox"/> Plano (vide contrato)	<input type="checkbox"/> Segunda via <input type="checkbox"/> Outro
--	--	------------------	----------------------------------	---	---	--

LINHAS DE PLANOS / ACOMODAÇÃO
Sem coparticipação
 CLASSIC II MASTER - ENFERMARIA

TITULAR

Nome do titular (obrigatoriamente 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 (OBRIGATÓRIO NOME COMPLETO E CPF PARA MAIORES DE 18 ANOS)

Nome do Dependente (obrigatoriamente nome completo)		Nº do CPF do Dependente	
1	Cartão Nacional de Saúde (CNS) Declaração de Nascimento Sexo EC* GP** Data de Nascimento Idade Celular do Dependente		
Nome da Mãe do Dependente (obrigatoriamente nome completo)		Valor R\$	
2	Cartão Nacional de Saúde (CNS) Declaração de Nascimento Sexo EC* GP** Data de Nascimento Idade Celular do Dependente		
Nome da Mãe do Dependente (obrigatoriamente nome completo)		Valor R\$	
3	Cartão Nacional de Saúde (CNS) Declaração de Nascimento Sexo EC* GP** Data de Nascimento Idade Celular do Dependente		
Nome da Mãe do Dependente (obrigatoriamente nome completo)		Valor R\$	
4	Cartão Nacional de Saúde (CNS) Declaração de Nascimento Sexo EC* GP** Data de Nascimento Idade Celular do Dependente		
Nome da Mãe do Dependente (obrigatoriamente nome completo)		Valor R\$	

ENDEREÇO RESIDENCIAL - (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

CEP	Endereço Residencial	Estado
Nº	Complemento	Bairro
Cidade	UF	Telefone
Celular (preenchimento obrigatório)	E-mail	Telefone para Re

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 elegíveis.

Estou ciente de que para inclusão de MEI - Micro Empreendedor Individual não serão aceitos agregados.

Estou ciente e de acordo que o plano de meus dependentes 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 tendo 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, 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.

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.

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

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 prestar informações sobre 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 Agravio, 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.

ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO

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 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

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF

Intermediário entre operadora e o beneficiário

_____, ____/____/____
Local Data

Nome: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome legível, assinatura e CPF