

PROPOSTA DE ADESÃO

Proposta de Adesão que entre si fazem a **OPERADORA**, devidamente identificada no item 1 deste instrumento, e a **ADERENTE**, devidamente identificada no item 6 deste instrumento, ao Contrato de Assistência à Saúde firmado entre o **MUNICÍPIO DE LORENA**, CNPJ nº 47.563.739/0001-75, com endereço na Av. Capitão Messias Ribeiro, nº 625, Olaria, CEP 12.607-020, Lorena/SP e o **PRONTO SOCORRO CONDE DE MOREIRA LIMA (OPERADORA)**, que é de conhecimento da **ADERENTE** e que doravante será simplesmente denominado **CONTRATO PRINCIPAL**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

1.) QUALIFICAÇÃO DA OPERADORA

- Razão Social: **PRONTO SOCORRO CONDE DE MOREIRA LIMA**, pessoa jurídica inscrita no CNPJ sob o nº 51.628.360/0001-73, registrada na ANS sob o nº 41.747-5, com endereço na Rua Dom Bosco, nº 562, Centro, Lorena / SP, CEP 12.600-100.

2.) CARACTERÍSTICAS GERAIS

- Nº de Registro do Plano na ANS: **481403187**
- Nome Comercial do Plano na ANS: **Liberty Enfermaria**
- Tipo de Contratação: **Coletivo Empresarial**
- Segmentação Assistencial: **Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia**
- Área Geográfica de Abrangência do Plano de Saúde: **Municipal**
- Área Atuação: **Município de Lorena/SP**
- Padrão de Acomodação em Internação: **Coletivo**
- Formação do Preço: **Pré-estabelecido**
- Serviços e Coberturas Adicionais: **Não possui**
- Forma de Pagamento: **Pré-pagamento**
- Fator Moderador: **Coparticipação; de R\$ 30,00 (trinta reais) em consultas; de 30% (trinta por cento) em exames e/ou procedimentos simples com valor até R\$ 150,00 (cento e cinquenta**



reais); de R\$ 50,00 (cinquenta reais) em exames e/ou procedimentos especiais/complexos com valor superior a R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais); e, de R\$ 100,00 (cem reais) em internações.

3.) PERÍODOS DE CARÊNCIA

- Cobertura para Urgência e emergência, nos termos previstos neste Contrato: **24 (vinte e quatro) horas;**
- Cobertura para Consultas médicas e Exames/Procedimentos Simples: **30 (trinta) dias;**
- Cobertura para Exames/Procedimentos Especiais: **180 (cento e oitenta) dias;**
- Cobertura para Consulta e sessões com nutricionista, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional, procedimentos de fisioterapia e psicoterapia: **180 (cento e oitenta) dias;**
- Cobertura para Cirurgias, inclusive Ambulatoriais: **180 (cento e oitenta) dias;**
- Cobertura para Parto a termo: **300 (trezentos) dias;**
- Cobertura para Demais Casos, bem como para novos procedimentos decorrentes de atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS: **180 (cento e oitenta) dias.**

4.) MECANISMOS DE REGULAÇÃO:

- **Exames e Procedimentos Simples: Autorização Prévia;**
- **Terapias Simples: Autorização Prévia;**
- **Demais Procedimentos Ambulatoriais Simples: Autorização Prévia.**
- **Valor da Taxa de Implantação: R\$ 30 (trinta reais).**

5.) FAIXA ETÁRIA:

Faixas Etárias:	Mensalidade:	Percentuais de Reajustes:
a) 0 a 18 anos de idade	R\$ 70,27	
b) 19 a 23 anos de idade	R\$ 80,81	15,00 %
c) 24 a 28 anos de idade	R\$ 92,93	15,00 %
d) 29 a 33 anos de idade	R\$ 106,87	15,00 %
e) 34 a 38 anos de idade	R\$ 122,90	15,00 %
f) 39 a 43 anos de idade	R\$ 142,56	16,00 %
g) 44 a 48 anos de idade	R\$ 185,33	30,00 %
h) 49 a 53 anos de idade	R\$ 231,66	25,00 %
i) 54 a 58 anos de idade	R\$ 301,16	30,00 %
j) 59 anos e acima	R\$ 418,61	39,00 %



6.) DADOS DO ADERENTE:

DADOS DO PROPONENTE TITULAR

Nome Completo											
Órgão		Lotação		RG		Órgão Expedidor					
Data de Nascimento		Sexo		Estado Civil		CPF					
Endereço Residencial						Bairro					
Cidade		Estado		CEP		UF		Telefone			
Celular		Email									
Nº Declaração do Nascido Vivo				Cartão Nacional de Saúde							
Nome da mãe ou nº do PIS ou nº PASEP ou nº NIT											
Nome do Responsável quando menor de 18 anos											
Endereço				Cidade				Estado			
CEP		RG/Órg.Expd.		CPF		Telefone					

1. DADOS DOS DEPENDENTES

Dependente 1- Nome Completo						Sexo		Dt.Nasc.		
Parent.		RG/Órg.Exp.		E.C		CPF		Nº Declaração do Nascido Vivo*		
Cartão Nacional de Saúde			Nome da mãe ou nº do PIS ou nº PASEP ou nº NIT							
Dependente 2- Nome Completo						Sexo		Dt.Nasc.		
Parent.		RG/Órg.Exp.		E.C		CPF		Nº Declaração do Nascido Vivo*		
Cartão Nacional de Saúde			Nome da mãe ou nº do PIS ou nº PASEP ou nº NIT							
Dependente 3- Nome Completo						Sexo		Dt.Nasc.		
Parent.		RG/Órg.Exp.		E.C		CPF		Nº Declaração do Nascido Vivo*		
Cartão Nacional de Saúde			Nome da mãe ou nº do PIS ou nº PASEP ou nº NIT							
Dependente 4- Nome Completo						Sexo		Dt.Nasc.		
Parent.		RG/Órg.Exp.		E.C		CPF		Nº Declaração do Nascido Vivo*		
Cartão Nacional de Saúde			Nome da mãe ou nº do PIS ou nº PASEP ou nº NIT							

Legenda: Estado Civil – Solteiro – 1 Casado – 2 Viúvo – 3 Divorciado – 4 Separado Judicialmente – 5 Outros – 6. Parentesco: Cônjuge/Companheiro – 1 Filho – 2 Agregados – 3 - **Sexo:** Masculino – M Feminino – F



7.) DECLARAÇÃO DO ADERENTE

- Eu, ADERENTE, devidamente identificado na presente PROPOSTA DE ADESÃO, declaro que recebi, li, analisei, compreendi e discuti o teor dos documentos MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE (MPS), GUIA DE LEITURA CONTRATUAL (GLC) e o CONTRATO PRINCIPAL (PLANO), compreendendo o seu sentido e alcance e declaro expressamente minha concordância aos termos dos mesmos sem qualquer restrição ao seu conteúdo, o que confirmo, apondo minha assinatura nesta PROPOSTA DE ADESÃO abaixo.
- **Autorizo nesta oportunidade o desconto em folha de pagamento, observado o limite de margem consignável de 40%, do valor da minha mensalidade do plano de saúde, conforme condições gerais do Contrato de Prestação de Serviços de Oferta de Plano de Saúde celebrado entre o pronto Socorro Conde de Moreira Lima e o Município de Lorena.**
- **Tenho ciência que o período mínimo de permanência no Plano de Saúde é de 12 (doze) meses, contados a partir da data da sua inclusão no plano contratado, sendo exigível o pagamento de multa na hipótese de cancelamento em período inferior a 12 (doze) meses.**

Local: _____ - Data: ____/____/____

Assinatura do Aderente: _____

Testemunha 1

Assinatura:

Nome completo:

CPF:

Testemunha 2

Assinatura:

Nome completo:

CPF:

