PORTO SEGURO

CNPJ 04.540.010/0001-70

CADASTRO DO ESTIPULANTE

Estudo Nº	Sucursal	Número 75 -
Data	Código	Início de vigência proposta

OPÇÕES DE CONTRATAÇÃO

☐ Empresas de 3 a 9 vidas ☐ Empresas de 10 a 19 vidas ☐ Empresas de 20 a 29 vidas ☐ Empresas de 30 a 99 vidas ☐ Empresas a partir de 100 vidas

CORRETOR/AGENCIADOR

Corretor	Susep	% Participação	Nº Tab. Corretagem	(DDD) Telefone
Agenciador	Cód. do Agenciador	% Participação	Nº Tab. Corretagem	(DDD) Telefone

DADOS CADASTRAIS

Razão social		CNPJ
Nome fantasia (a ser gravado no cartão dos Segurados)	C.N.A.E. (Cód. Ramo De Atividade)	CEI (Cadastro Específico Do INSS)

ENVIO DA CORRESPONDÊNCIA

Endereço		Nº	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	(DDD) Telefone

Para Sociedades Anônimas: nome da controladora, controlada e/ou coligada	TIPO 1- Controladora 2- Controlada 3- Coligada

REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo*	CPF*	RG*	Órgão Emissor*	Data expedição*
E-mail da empresa				
Se estrangeiro, informar o nº do passaporte ou da Carteira Civil	Data de Nascimento*	Idade	Sexo	
Estado Civil	Profissão/ Atividade principal desenvolvida*			
Endereço completo*		Nº	Complemento	
Bairro	Cidade	UF	CEP	(DDD) Telefone

** Preenchimento obrigatório*

INFORMAÇÕES DE COBRANÇA

Endereço (preencher quando o endereço for diferente para envio de correspondências)		Nº	Complemento
Bairro	Cidade	UF	CEP

Faturas com cobrança	Forma de custeio do Seguro
☐ Separadas por empresas/filial ☐ Única em nome da Matriz	☐ Não contributário ☐ Contributário - Valor ou % _____

FORMA DE ADESÃO

Este seguro será contratado exclusivamente para o(s) seguinte(s) grupo(s), doravante chamado "Grupo Segurável":

☐ 100% da categoria profissional;
☐ 100% dos sócios (contrato social);
☐ 100% relação do F.G.T.S.;
☐ 100% do grupo vigente no seguro saúde coletivo da operadora antecessora.

- O Estipulante ratifica que haverá adesão compulsória no Seguro Saúde de todos os funcionários com admissão posterior ao início de vigência da apólice, não sendo facultativa a opção de aderir ou não ao seguro.
- As exclusões de segurados somente serão permitidas mediante formulário próprio à sua exclusão.

ANS - Nº00058-2

DECLARAÇÃO DO ESTIPULANTE

Declaro estar ciente e afirmo ter recebido as Condições Gerais, conforme número mencionado, e submeto à aceitação da Porto Seguro - Seguro Saúde S/A todas as declarações individuais, anexas, dos funcionários e seus respectivos dependentes, aguardando pelo Corretor o Aditamento às Condições Gerais Empresarial, para celebrar a contratação da Apólice.
Tenho ciência de que o preenchimento deste cadastro não se constitui na contratação do seguro, nem confere quaisquer direitos.
A Empresa também se compromete a atualizar todos os dados cadastrais, através de formulário próprio disponível nos canais de comunicação sempre que houver alterações em conformidade com a Resolução Normativa nº 117 de 30/11/2005 da ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar.
De acordo com a Lei nº 9.656/98, artigo 12, parágrafo 2º, declaro que foi ofertado o plano referência, com registro na ANS sob o nº 456.631/08-9, e que após os devidos esclarecimentos, houve opção pela contratação dos demais planos disponibilizados pela seguradora.
Declaro ainda, ter recebido o Manual de Orientação para contratação de Plano de Saúde - MPS.
Em atendimento a Resolução Normativa n. 432/2017 da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, a Seguradora reserva-se o direito de solicitar à Estipulante, na qualidade de Empresário Individual, no mês de aniversário do contrato, os documentos que confirmem a manutenção da inscrição nos órgãos competentes, bem como sua regularidade junto a Receita Federal, quais sejam: Cópia do cadastro na Junta Comercial; Cartão do CNPJ/MF; Cópia do contrato registrado na Junta Comercial, em caso de EIRELI (Empresa Individual de Responsabilidade Limitada) e outros que vierem a ser exigidos pela legislação vigente.
A falta de apresentação dos documentos mencionados no item anterior que comprovem a regularidade de seu registro nos órgãos competentes poderá acarretar o cancelamento do contrato, em decorrência da ilegitimidade da Estipulante.
Condições Gerais registrada no 9º Oficial de Registro de Títulos e Documentos Civil de Pessoa Jurídica da Capital, sob o microfilme n. 1273783.

AUTENTICAÇÃO - PROTOCOLO ELETRÔNICO

PROTEÇÃO DE DADOS PESSOAIS

1. A PORTO SEGURO (aqui compreendida por todas as empresas pertencentes ao seu grupo econômico), tem o compromisso de respeitar e garantir a privacidade e a proteção dos dados pessoais dos titulares e por isso, declara que o tratamento de dados pessoais se dá para o desempenho de suas atividades legais, observando a legislação aplicável sobre segurança da informação, privacidade e proteção de dados e demais normas setoriais ou gerais sobre o tema.
2. A coleta de dados pessoais pode ocorrer de diversas formas, como por exemplo: na cotação e/ou contratação de seus diversos produtos e serviços, utilizações do site e aplicativos, bem como nas interações com os diversos canais de comunicação, mas sempre respeitando os princípios de finalidade, adequação, necessidade, transparência, livre acesso, segurança, prevenção e não discriminação e obrigações legais.
3. A PORTO SEGURO implementará as medidas técnicas e organizacionais apropriadas para proteger os dados pessoais, levando em conta técnicas avançadas disponíveis, o contexto e as finalidades do tratamento. As medidas de segurança atenderão as (i) exigências das leis de proteção de dados; e (ii) medidas de segurança correspondentes com as boas práticas de mercado.
4. Os dados pessoais serão, em regra, armazenados pelo tempo que perdurará a relação entre as partes. Entretanto, há situações em que esses dados deverão ser armazenados além do período de relacionamento e essas situações advêm de exigências legais e/ou regulatórias, ou quando for necessário para exercer direitos em processos judiciais ou administrativos.
5. A PORTO SEGURO possui uma Política de Privacidade, a qual encontra-se disponível no seguinte endereço www.portoseguro.com.br

Local e data

Assinatura / Carimbo da Empresa

Assinatura do Corretor

ANS - Nº00058-2

LAYOUT MAGNÉTICO – PORTO SEGURO SAÚDE				
CAMPO	TIPO	TAMANHO	OBRIGATÓRIO	EXEMPLO/OBSERVAÇÃO
NÚMERO SEQUENCIAL 1	N	8	SIM	NÚMERO DO TITULAR
NÚMERO SEQUENCIAL 2	N	2	SIM	DEPENDENTE Nº (02, 03, 04, 05, ETC.)
NOME	A	40	SIM	OBRIGATÓRIO E NÃO PODE TER ABREVIATURA
NOME DA MÃE	A	40	SIM	OBRIGATÓRIO E NÃO PODE TER ABREVIATURA
C.P.F. (*)	A	14	SIM	999.999.999-99
R.G. (**)	A	12	SIM	99.999.999-99
ÓRGÃO EMISSOR (**)	A	10	SIM	SSP/SP
DATA DE EXPEDIÇÃO (**)	A	10	SIM	DD/MM/AAAA
SE ESTRANGEIRO INFORMAR O NÚMERO DO PASSAPORTE OU DA CARTEIRA CIVIL (**)	N	20	SIM	OBRIGATÓRIO CASO NÃO INFORMADO O RG
PIS/PASEP	N	11	SIM	OBRIGATÓRIO CASO NÃO INFORMADO O NOME DA MÃE
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	N	11	SIM	OBRIGATÓRIO
DATA DE NASCIMENTO	A	10	SIM	DD/MM/AAAA
SEXO	A	1	SIM	M = MASCULINO / F = FEMININO
GRAU DE PARENTESCO	N	1	SIM	1 = TITULAR 2 = CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) 3 = FILHOS MENORES DE 24 ANOS
ESTADO CIVIL	N	1	SIM	1 = SOLTEIRO 2 = CASADO 3 = VIUVO 4 = DIVORCIADO/SEPARADO 5 = OUTROS
PLANO	N	3	SIM	CÓDIGO DO PLANO CONTRATADO. EXEMPLOS: 5420 = CRISTAL VII EMPRESARIAL 5432 = BRONZE III EMPRESARIAL 5448 = PRATA III EMPRESARIAL 5469 = OURO III EMPRESARIAL 5456 = DIAMANTE A III EMPRESARIAL
UNIDADE	N	2	SIM	AGRUPAMENTO DOS FUNCIONÁRIOS
CEP	N	5	SIM	99999
CEP COMPLEMENTAR	N	3	SIM	999
TIPO DE LOGRADOURO	A	5	SIM	RUA / AV / ROD / ESTR / AL / PC
LOGRADOURO	A	60	SIM	BARÃO DE PIRACICABA
NÚMERO	N	7	SIM	740
COMPLEMENTO	A	20	NÃO	4º ANDAR - LADO A
BAIRRO	A	40	SIM	CAMPOS ELÍSEOS
CIDADE	A	45	SIM	SÃO PAULO
UF	A	2	SIM	SP
E-MAIL	A	50	NÃO	LIVRE
DDD	N	4	SIM	11
TELEFONE	A	9	SIM	9999-9999
DATA DE ADMISSÃO	A	10	SIM	DD/MM/AAAA
CARGO OCUPADO	A	40	SIM	LIVRE
CENTRO DE CUSTO	A	15	NÃO	LIVRE
REGISTRO FUNCIONAL	A	10	NÃO	LIVRE

- Arquivo em formato XLS;
- TIPO: N = numérico e A = alfanumérico;
- Os dados devem ser preenchidos linha a linha para cada funcionário e seus dependentes;
- Respeitar a quantidade de caracteres por coluna, conforme acima;
- Identifique o disquete com o número do Contrato, nome da empresa Proponente e Corretor.

(*) Preenchimento obrigatório para todo titular de qualquer idade e dependente a partir de 18 anos.
(**) Preenchimento obrigatório em atendimento à RN n. 117/2005. A ausência da informação poderá ser alvo de notificação a ANS, acerca da não obtenção dos dados.

ANS - Nº00058-2

Informações/ Solicitações de serviços/ Senhas: 011 3366.3003 (São Paulo e Grande São Paulo) 3003-9293 (Capitais e Regiões Metropolitanas) 0800.727.2800 (Demais localidades) SAC: 0800.727.2762 (Reclamação, cancelamento e informação) - ouvidoria.saude@portoseguro.com.br 0800.727.8736 (Atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) ou Acesse: www.portoseguro.com.br