

PROPOSTA DE ADESÃO

Nº DA PROPOSTA

PR

TERMO DE CONTRATAÇÃO COLETIVA

RUA CABRAL, 985, CENTRO - CEP: 85960-000
MARECHAL CÂNDIDO RONDON/PR
ATENDIMENTO AO CLIENTE: 0800 600 0055



ANS - nº 34818-0

DADOS DA OPERADORA

NOME DA OPERADORA: HUMANA SAÚDE SUL LTDA (FILIAL MARECHAL)	REGISTRO ANS: 34818-0
ENDEREÇO: RUA CABRAL, 985, CENTRO - CEP: 85960-000 - MARECHAL CÂNDIDO RONDON/PR	CNPJ: 95.642.179/0024-83
E-MAIL: ATENDIMENTO.POSVENDAS@HUMANASAUDESUL.COM.BR	PORTAL PARA MOVIMENTAÇÃO:
SITE: WWW.HUMANASAUDE.COM.BR/SUL/	COMERCIAL:
TELEFONE/SAC: 0800 600 0055 OUVIDORIA: (44) 3028-2000	AUTORIZAÇÕES:

DADOS DA CONTRATANTE PRINCIPAL

RAZÃO SOCIAL:	CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:
NOME FANTASIA:	E-MAIL:	TELEFONE:
ENDEREÇO:	COMPLEMENTO:	UF:
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:
REPRESENTANTE LEGAL:	CPF:	RG:

SUBCONTRANTE 01

RAZÃO SOCIAL:	CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:
NOME FANTASIA:	E-MAIL:	TELEFONE:
ENDEREÇO:	COMPLEMENTO:	UF:
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:
REPRESENTANTE LEGAL:	CPF:	RG:

SUBCONTRANTE 02

RAZÃO SOCIAL:	CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:
NOME FANTASIA:	E-MAIL:	TELEFONE:
ENDEREÇO:	COMPLEMENTO:	UF:
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:
REPRESENTANTE LEGAL:	CPF:	RG:

SUBCONTRANTE 03

RAZÃO SOCIAL:	CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:
NOME FANTASIA:	E-MAIL:	TELEFONE:
ENDEREÇO:	COMPLEMENTO:	UF:
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:
REPRESENTANTE LEGAL:	CPF:	RG:

SUBCONTRANTE 04

RAZÃO SOCIAL:	CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:
NOME FANTASIA:	E-MAIL:	TELEFONE:
ENDEREÇO:	COMPLEMENTO:	UF:
BAIRRO:	CIDADE:	CEP:
REPRESENTANTE LEGAL:	CPF:	RG:

SUBCONTRANTE 05

RAZÃO SOCIAL:		CNPJ:	INSCRIÇÃO ESTADUAL:	
NOME FANTASIA:		E-MAIL:		TELEFONE:
ENDEREÇO:		COMPLEMENTO:		UF:
BAIRRO:		CIDADE:	CEP:	
REPRESENTANTE LEGAL:		CPF:	RG:	

RELAÇÃO DAS EMPRESAS CONTRATANTES

() MESMO GRUPO ECONÔMICO OU MATRIZ E FILIAL () TERCEIRIZADOS () ASSOCIATIVO () NENHUMA

REGRAS DE FATURAMENTO, PAGAMENTO E MOVIMENTAÇÃO

() PATROCINADO PELA CONTRATANTE PRINCIPAL () NÃO PATROCINADO PELA CONTRATANTE PRINCIPAL

FATURAMENTO

() INDIVIDUALIZADO POR CNPJ
() DISCRIMINADO POR CNPJ, FATURADAS AS MENSALIDADES SOMENTE PARA A CONTRATANTE PRINCIPAL E AS COPARTICIPAÇÕES PARA AS SUBCONTRATANTES
() DISCRIMINADO POR CNPJ E FATURADO SOMENTE PARA A CONTRATANTE PRINCIPAL

RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES E COPARTICIPAÇÕES

() A CONTRATANTE PRINCIPAL É A ÚNICA RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DE MENSALIDADES E COPARTICIPAÇÕES DE TODAS EMPRESAS
() CADA SUBCONTRATANTE RESPONSABILIZA-SE PELO PAGAMENTO DE SEU PLANO
() CONTRATANTE PRINCIPAL RESPONSÁVEL PELAS MENSALIDADES E SUBCONTRATANTES RESPONSÁVEIS POR COPARTICIPAÇÕES

MOVIMENTAÇÕES

() A CONTRATANTE PRINCIPAL INFORMARÁ TODAS AS INCLUSÕES, EXCLUSÕES DAS EMPRESAS ENVOLVIDAS, RESPONSABILIZANDO-SE, AINDA, PELA ENTREGA DE DOCUMENTOS
() CADA SUBCONTRATANTE INFORMARÁ TODAS AS INCLUSÕES, EXCLUSÕES DAS EMPRESAS ENVOLVIDAS, RESPONSABILIZANDO-SE, AINDA, PELA ENTREGA DE DOCUMENTOS

DECLARAÇÕES E ASSINATURA DAS CONTRATANTES

DECLARAM AS CONTRATANTES, QUE:

- A) O PRESENTE TERMO REÚNE AS CONDIÇÕES COMERCIAIS PRATICADAS PELAS CONTRATANTES QUALIFICADAS ACIMA, AS QUAIS PERTENCEM OU NÃO AO MESMO GRUPO ECONÔMICO DE EMPRESAS QUE OFERECEM A SEUS EMPREGADOS E EX-EMPREGADOS PLANOS DE SAÚDE EM CONDIÇÕES IGUAIS.
- B) A CONTRATANTE PRINCIPAL É INTERMEDIADORA DO GRUPO DE SUBCONTRATANTES PARA NEGOCIAÇÃO DE REAJUSTE ANUAL, FIRMAR ADITIVOS, ENCAMINHAMENTO DE DADOS, INFORMAÇÕES E DOCUMENTOS DE NOVAS CONTRATANTES. POR ESSE ATO, AS SUBCONTRATANTES INVESTEM A CONTRATANTE PRINCIPAL DE TODOS OS PODERES NECESSÁRIOS PARA FIRMAR DOCUMENTOS EM SEU NOME, PARA A ADEQUADA CONTINUIDADE E REGULARIDADE DA RELAÇÃO CONTRATUAL.
- C) PARA FINS DA RN 309, DE CONTAGEM DE CARÊNCIAS E COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA, A MASSA TOTAL DE VIDAS DESTES CONTRATOS SERÁ A SOMATÓRIA DAS VIDAS DE CADA CONTRATO DAS CONTRATANTES E SUBCONTRATANTES.
- D) TODAS AS CONTRATANTES E A CONTRATANTE PRINCIPAL DECLARAM-SE CIENTES QUE O MÊS DE REAJUSTE CONSIDERADO SERÁ _____.
- E) TODAS AS SUBCONTRATANTES E CONTRATANTE PRINCIPAL ESTÃO CIENTES QUE CASO ESTA SEJA RESPONSÁVEL PELO PAGAMENTO DAS MENSALIDADES OU DAS COPARTICIPAÇÕES, A INADIMPLÊNCIA DA CONTRATANTE PRINCIPAL PROVOCARÁ O CANCELAMENTO DO PLANO DE TODAS AS EMPRESAS SUBCONTRATANTES. POR OUTRO LADO, EM SENDO A RESPONSABILIDADE PELO PAGAMENTO DA COPARTICIPAÇÃO OU DA MENSALIDADE DE CADA SUBCONTRATANTE, SERÁ CANCELADO OU SUSPENSO O PLANO SOMENTE DA SUBCONTRATANTE INADIMPLENTE, EM NADA INTERFERINDO NA VIGÊNCIA DO PLANO DAS DEMAIS QUE ESTIVEREM EM DIA COM SUAS OBRIGAÇÕES.
- F) TODAS AS SUBCONTRATANTES ESTÃO CIENTES E CONCORDAM INTEGRALMENTE COM OS TERMOS E CONDIÇÕES ASSUMIDOS PELA CONTRATANTE PRINCIPAL, EM SEU NOME E EM NOME DE CADA UMA DAS CONTRATANTES, NA PROPOSTA DE ADESÃO E CONTRATO, CUJAS CÓPIAS DECLARAM TEREM LHE SIDO ENTREGUES, JUNTAMENTE COM CÓPIAS DOS DEMAIS DOCUMENTOS CONTRATUAIS, GLC. DECLARAM MAIS QUE TIVERAM CONHECIMENTO PRÉVIO DO MPS - MANUAL DE PLANOS DE SAÚDE.
- G) AS SUBCONTRATANTES E A CONTRATANTE PRINCIPAL DECLARAM QUE LHE FOI OFERECIDO O PLANO REFERÊNCIA, CUJA CONTRATAÇÃO SE RECUSARAM, POR NÃO SER DO SEU INTERESSE.
- H) A CONTRATANTE PRINCIPAL E AS SUBCONTRATANTES CONCORDAM EM FIRMAR O PRESENTE COM O USO DE ASSINATURA DIGITAL, A QUAL DÃO VALIDADE PLENA.

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR OU RESPONSÁVEL (QUANDO MENOR DE 18 ANOS)

PROPOSTA DE ADESÃO

Nº DA PROPOSTA

PR

TERMO DE CONTRATAÇÃO COLETIVA

RUA CABRAL, 985, CENTRO - CEP: 85960-000
MARECHAL CÂNDIDO RONDON/PR
ATENDIMENTO AO CLIENTE: 0800 600 0055



ANS - nº 34818-0