TERMO DE ADESÃO

Copass Saúde

Nome do Titular:		**Matrícula Empresa:**
Endereço:		Número/complemento
CEP:	Bairro:	Cidade:
Telefone Celular:	Telefone Residencial:	Telefone Ramal:
Órgão de Lotação:	E-mail 1: E-mail 2:	

Assinale com **"X"** (o)s plano(s) que deseja incluir **PARA O TITULAR:**

☐ **PLANO COPASS COMPLETO ATIVOS (registro ANS nº 472.779/14-7)**
DESTINADO: aos empregados ativos ou afastados por motivo de doença e seus dependentes regulamentares (cônjuge, filhos/enteados menores até completarem 21 anos e filho estudantes até completarem 24 anos). COBERTURA: Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

☐ **PLANO COPASS COMPLETO ASSISTIDOS (registro ANS nº 472.778/14-9)**
DESTINADO: aos aposentados, pensionistas e demitidos sem justa causa e seus dependentes regulamentares (cônjuge, filhos/enteados menores até completarem 21 anos e filhos estudantes até completarem 24 anos). COBERTURA: Ambulatorial + hospitalar com obstetrícia.

☐ **PLANO COPASS AMBULATORIAL (registro ANS nº 469.384/13-1)**
DESTINADO: restrito a adesão de empregados da COPANOR, seus dependentes regulamentares/especiais e os beneficiários que migraram do extinto plano COP240579, conhecido como "Baixo Risco", para este plano. COBERTURA: Ambulatorial.

☐ **PLANO COPASS ODONTO BÁSICO (registro ANS nº 470.054/13-6)**
DESTINADO: aos empregados ativos ou afastados por motivo de doença, aposentados, pensionistas, dependentes regulamentares e especiais. COBERTURA: procedimentos listados no ROL da ANS, sem cobertura de ortodontia, próteses e implantes.

☐ **PLANO COPASS ODONTO PLENO (registro ANS nº 472.776/14-2)**
DESTINADO: aos empregados ativos ou afastados por motivos de doenças, aposentados, pensionistas, dependentes regulamentares e especiais. COBERTURA: procedimentos listados no ROL da ANS com a cobertura adicional de ortodontia e próteses, excluindo implantes.

☐ **PLANO COPASS ESSENCIAL ASSISTIDOS (REGISTRO N° 504.752/25-8)**

☐ **PLANO COPASS ODONTO ESSENCIAL (REGISTRO N° 504.752/25-1)**

TERMO DE ADESÃO

Copass Saúde

Assinale com "X" (o)s plano(s) que deseja incluir PARA O DEPENDENTE DIRETO:
(SÃO: cônjuge/companheiro, filhos/enteados menores de 21 anos ou estudantes até 24 anos, menor sob guarda)

DEPENDENTE 1

Nome:

Copass Completo Ativos	Copass Completo Assistidos	Copass Ambulatorial	Copass Odonto Básico	Copass Odonto Pleno	Plano Copass Essencial Assistidos	Plano Copass Odonto Essencial
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Se o endereço do dependente for igual ao endereço do titular, preencha somente os campos de telefone e e-mail.

Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:
Telefone:	E-mail:	

DEPENDENTE 2

Nome:

Copass Completo Ativos	Copass Completo Assistidos	Copass Ambulatorial	Copass Odonto Básico	Copass Odonto Pleno	Plano Copass Essencial Assistidos	Plano Copass Odonto Essencial
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Se o endereço do dependente for igual ao endereço do titular, preencha somente os campos de telefone e e-mail.

Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:
Telefone:	E-mail:	

DEPENDENTE 3

Nome:

Copass Completo Ativos	Copass Completo Assistidos	Copass Ambulatorial	Copass Odonto Básico	Copass Odonto Pleno	Plano Copass Essencial Assistidos	Plano Copass Odonto Essencial
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Se o endereço do dependente for igual ao endereço do titular, preencha somente os campos de telefone e e-mail.

Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:
Telefone: ( )	E-mail:	

TERMO DE ADESÃO

Assinale com "X" (o)s plano(s) que deseja incluir PARA O DEPENDENTE INDIRETO:
(SÃO: filhos maiores de 21 anos que não são estudantes, genro, nora e netos do titular)

DEPENDENTE 1					
Nome:					
Copass Completo Dependente Familiar (registro ANS nº 490.715/21-9) Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia Copass Completo Assistidos	**Copass Ambulatorial**	**Copass Odonto Básico**	**Copass Odonto Pleno**	**Copass Essencial Dependente Familiar (Registro n° 504.751/25-0)**	**Plano Copass Odonto Essencial**
☐	☐	☐	☐	☐	☐
Se o endereço do dependente for igual ao endereço do titular, preencha somente os campos de telefone e e-mail.					
Endereço:			Número:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:			CEP:	
Telefone: ( )	E-mail:				

DEPENDENTE 2					
Nome:					
Copass Completo Dependente Familiar (registro ANS nº 490.715/21-9) Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia Copass Completo Assistidos	**Copass Ambulatorial**	**Copass Odonto Básico**	**Copass Odonto Pleno**	**Copass Essencial Dependente Familiar (Registro n° 504.751/25-0)**	**Plano Copass Odonto Essencial**
☐	☐	☐	☐	☐	☐
Se o endereço do dependente for igual ao endereço do titular, preencha somente os campos de telefone e e-mail.					
Endereço:			Número:	Complemento:	
Bairro:	Cidade:			CEP:	
Telefone: ( )	E-mail:				

DEPENDENTE 3					
Nome:					
Copass Completo Dependente Familiar (registro ANS nº 490.715/21-9) Ambulatorial + Hospitalar com obstetrícia Copass Completo Assistidos	**Copass Ambulatorial**	**Copass Odonto Básico**	**Copass Odonto Pleno**	**Copass Essencial Dependente Familiar (Registro n° 504.751/25-0)**	**Plano Copass Odonto Essencial**

Se o endereço do dependente for igual ao endereço do titular, preencha somente os campos de telefone e e-mail.

Endereço:	Número:	Complemento:
Bairro:	Cidade:	CEP:
Telefone: ( )	E-mail:	

ATENÇÃO (opção de separação da cobrança): A declaração de separação de responsabilidade financeira a seguir, deverá ser preenchida quando for inclusão de filho com grupo familiar, genro/nora e neto do titular. A cobrança por boleto bancário será destinada para o endereço que estiver preenchido no quadro do dependente especial, definido como o responsável financeiro. Para inclusão somente do filho maior, a separação de cobrança é opcional para o titular. Se não preencher a declaração a seguir, a cobrança será mantida para o titular do plano Copass Ativo e/ou Copass Assistidos.

DECLARAÇÃO DE SEPARAÇÃO DA RESPONSABILIDADE FINANCEIRA PLANO COPASS DEPENDENTE FAMILIAR E ODONTOLÓGICO

Eu, _____, titular do plano Copass Completo Ativos e/ou Copass Completo Assistidos, solicito a separação de cobrança e responsabilidade financeira do plano de saúde do meu dependente especial e maior de idade, em conjunto com todo o seu respectivo grupo familiar, inscrito nos planos selecionados neste termo de adesão, devidamente discriminado a seguir:

Nome do Dependente Especial – responsável financeiro	**CPF**

Grupo familiar pelo qual o Dependente Especial acima identificado passa a se responsabilizar:

Nome: _____

Nome: _____

Nome: _____

Nome: _____

Declaro, ainda, estar ciente que as respectivas cobranças financeiras serão emitidas por boleto bancário e destinadas para o endereço do Dependente Especial a partir da data de hoje, além do dependente supracitado assumir a responsabilidade financeira de futuras adesões de beneficiários da sua respectiva descendência direta.

Por fim, declaro ter conhecimento das consequências da inadimplência e das regras de exclusão, dentre outras, previstas no referido Regulamento.

_____	_____
Assinatura DO TITULAR do plano Ativos e/ou Assistidos	Assinatura DO DEPENDENTE ESPECIAL (responsável financeiro)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O presente Termo de Adesão deverá seguir acompanhado de cópia da documentação relacionada abaixo:

DOCUMENTOS	FINALIDADE
Certidão de casamento ou comprovação de união estável para cônjuges ou companheiro(a), genro/nora e documento de identificação com CPF e nome da mãe	Comprovar vínculo
Certidão de nascimento dos filhos/neto, declaração de enteado, termo de guarda definitiva para menores e documento de identificação com CPF e nome da mãe	Comprovar vínculo
Relatório médico para filho /enteado solteiro que seja portador de necessidades especiais (contendo a data de início da incapacidade).	Comprovar incapacidade
Comprovante de matrícula em ensino superior ou escola técnica, reconhecido pelo MEC para filho/enteado com idade entre 21 até 24 anos.	Comprovar dependência

Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais – LGPD

O beneficiário, titular dos dados pessoais, sensíveis ou não, solicitados nesse Termo de Adesão, declara, para os devidos fins, que autoriza e que tem total ciência que estes dados serão tratados pela Copass Saúde, denominada de CONTROLADORA, por seus funcionários, prestadores de serviços e por outras empresas por ela contratadas, com a finalidade específica de promover a assistência à saúde objeto desta adesão e por consequência, atender às normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

A Copass Saúde poderá manter e tratar os dados pessoais durante todo o período em que forem necessários para o cumprimento das obrigações legais e contratuais, perante o titular e perante terceiros, até que se cessem todos os prazos prescricionais previstos na legislação brasileira.

A Copass Saúde responsabiliza-se pela manutenção de medidas de segurança, técnicas e administrativas aptas a proteger os dados pessoais e sensíveis de acessos não autorizados e de situações acidentais ou ilícitas de destruição, perda, alteração, comunicação ou qualquer forma de tratamento inadequado ou ilícito. Em conformidade ao art. 48 da Lei nº 13.709, a CONTROLADORA comunicará ao Titular e à Autoridade Nacional de

Proteção de Dados (ANPD) a ocorrência de incidente de segurança que possa acarretar risco ou dano relevante ao Titular. O titular dos dados pessoais, sensíveis ou não, declara, para os devidos fins, que autoriza e que está ciente que a CONTROLADORA, poderá armazenar seus dados em empresas de prestação serviços de armazenamento na nuvem com sede em outros países.

Considerando o disposto no Art. 14 da Lei 13.709 - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais - LGPD, o tratamento de dados pessoais de crianças e adolescentes deverá ser realizado com o consentimento específico e em destaque dado por pelo menos um dos pais ou pelo responsável legal. O Presente Termo de Consentimento tem o objetivo de autorizar a coleta e tratamento dos dados pessoais dos dependentes menores de 18 anos, na qual, o Titular ou responsável legal, está ciente através de sua assinatura neste formulário, que a Copass Saúde poderá compartilhar os dados com terceiros, visando promover assistência à saúde, objeto desta adesão, responsabilizando-se pelas medidas de segurança na proteção dos dados pessoais de acessos não autorizados ou qualquer forma de tratamento inadequado.

Demais informações sobre a Lei Geral da Proteção de Dados Pessoais – LGPD, inclusive orientações sobre como se informar e solicitar seus dados pessoais estão disponíveis no portal: www.copass-saude.com.br

Afirmo que, na presente data, recebi desta Operadora as informações necessárias para aquisição do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde – MPS, bem como do Guia de Leitura Contratual - GLC, ambos disponíveis através de mídia digital no portal: www.copass-saude.com.br

Assumo inteira responsabilidade perante a Copass Saúde pelas informações prestadas e declaro estar ciente que a operadora reserva o direito de indeferir minha solicitação e de solicitar outros comprovantes de dependência, além dos relacionados acima, caso estes não atendam aos critérios vigentes nos regulamentos dos planos.

Cidade: _____ Data: ____ _____ _____

X _____

Assinatura DO TITULAR