



PROPOSTA DE ADESÃO
Individual Familiar

IDENTIFICAÇÃO DA CONTRATADA

OPERADORA UNIMED SUDOESTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO				REGISTRO NA ANS Nº 350371	
ENDEREÇO AV. OTÁVIO SANTOS, 147, RECREIO, VITÓRIA DA CONQUISTA - BA, CEP 45.020-750		INSCRIÇÃO NO CNPJ 16.415598/0001-10		TELEFONE (077) 2101-9393	
RESPONSÁVEL LIOMAR COUTO LEAL UAGNIS SILVA DE SOUSA	RG 663498180-SSP/BA 0045991529-SSP/BA	ESTADO CIVIL CASADO CASADO	NACIONALIDADE BRASILEIRO BRASILEIRO	PROFISSÃO MÉDICO MÉDICO	CARGO DIRETOR PRESIDENTE DIRETOR SUPERINTENDENTE

UNIFACIL GOLD - QUARTO PRIVATIVO - 457.225/08-4

DADOS DO PROPONENTE

NOME COMPLETO

CPF	IDENTIDADE	ORGÃO EXPEDIDOR	UF	NACIONALIDADE
Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE			DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO	
ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> DESQUITADO(A) <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL	SEXO	<input type="checkbox"/> MASCULINO	DATA DE NASCIMENTO
	<input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A)		<input type="checkbox"/> FEMININO	/ /

NOME DA MÃE

NOME DO PAI

RUA/AVENIDA	Nº	COMPLEMENTO	
BAIRRO	CIDADE	UF	CEP
DDD TELEFONE	DDD CELULAR	E-MAIL	

PLANO ODONTOLÓGICO

Desejo receber meus boletos/faturas via e-mail, colaborando com o projeto Boleto Digital. Sim Não

<input type="checkbox"/> CONTRATO NOVO	<input type="checkbox"/> PORTABILIDADE	CÓDIGO PLANO ANTERIOR NA UNIMED SUDOESTE	<input type="checkbox"/> CONTRATUAL	CARÊNCIA
<input type="checkbox"/> MIGRAÇÃO				APROVEITAMENTO <input type="checkbox"/>

ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PELO SISTEMA DE INTERCÂMBIO DA UNIMED

É garantido pelo sistema de intercâmbio entre as Unimeds o atendimento de urgência e emergência para o cliente independente da área de abrangência do seu plano contratado.

VALORES

O valor mensal a ser pago será igual à soma dos valores de assistência médica, odontologia e eventuais valores de coparticipação referentes a cada associado inscrito.

DECLARAÇÃO

Declaro reconhecer como verdadeiras e válidas as informações aqui fornecidas por mim que são, neste ato, apresentadas como proposta de contratação de prestação de serviços à saúde. Declaro, ainda, ter recebido da Unimed Sudoeste todas as informações sobre as condições gerais do contrato referente à presente proposta que contempla, entre outros direitos e deveres:

- a) A cobertura do produto pretendido abrange ao rol de procedimentos médicos editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar, do que tomei ciência nesta data;
- b) O reajuste anual e por faixa etária que o plano poderá sofrer, inclusive no mesmo mês, de acordo com a legislação vigente;
- c) A possibilidade de rescisão do contrato pelo atraso no pagamento da mensalidade ou coparticipação por período superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não;
- d) A aplicação de multa, juros e correção monetária na hipótese da inadimplência no pagamento das mensalidades e coparticipações vigentes à época;
- e) A alteração do valor total da mensalidade na hipótese de inscrição de dependentes ou contratação de novos produtos;
- f) A utilização dos serviços pretendidos obedecerá às carências contratuais, tendo início o prazo de contagem da carência a partir da data da assinatura do contrato;
- g) Que me foi fornecido anteriormente da contratação do meu plano o manual de orientação para contratação de plano de saúde;
- h) Estamos cientes da regra de desconto familiar que dependendo da contratação de 01 (um), 02 (dois) ou acima de 03(três) beneficiários, os mesmos terão descontos na mensalidade válidos somente para o plano de saúde assistencial, não contemplando, em nenhuma hipótese, os planos opcionais, e que na exclusão de beneficiários do contrato o desconto pode deixar de existir.



PROPOSTA DE ADESÃO Individual Familiar

DADOS DO PROPONENTE/TITULAR

NOME COMPLETO

DADOS DOS DEPENDENTES

NOME DEPENDENTE 01

NOME DA MÃE

NOME DO PAI

CPF	IDENTIDADE	ORGÃO EXPEDIDOR	UF	NACIONALIDADE
PARENTESCO <input type="checkbox"/> ESPOSO (A) <input type="checkbox"/> FILHO (A) <input type="checkbox"/> AGREGADO(A) <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO(A) <input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> ENTEADO (A)		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> DESQUITADO(A) <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> CASADO (A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A)		
SEXO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO	DATA DE NASCIMENTO	Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO	
<input type="checkbox"/> CONTRATO NOVO <input type="checkbox"/> MIGRAÇÃO	<input type="checkbox"/> PORTABILIDADE	CÓDIGO PLANO ANTERIOR NA UNIMED SUDOESTE	CARÊNCIA <input type="checkbox"/> CONTRATUAL APROVEITAMENTO(A)	

PLANO ODONTOLÓGICO

NOME DEPENDENTE 02

NOME DA MÃE

NOME DO PAI

CPF	IDENTIDADE	ORGÃO EXPEDIDOR	UF	NACIONALIDADE
PARENTESCO <input type="checkbox"/> ESPOSO (A) <input type="checkbox"/> FILHO (A) <input type="checkbox"/> AGREGADO(A) <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO(A) <input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> ENTEADO (A)		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> DESQUITADO(A) <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> CASADO (A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A)		
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO	
<input type="checkbox"/> CONTRATO NOVO <input type="checkbox"/> MIGRAÇÃO	<input type="checkbox"/> PORTABILIDADE	CÓDIGO PLANO ANTERIOR NA UNIMED SUDOESTE	CARÊNCIA <input type="checkbox"/> CONTRATUAL APROVEITAMENTO(A)	

PLANO ODONTOLÓGICO

NOME DEPENDENTE 03

NOME DA MÃE

NOME DO PAI

CPF	IDENTIDADE	ORGÃO EXPEDIDOR	UF	NACIONALIDADE
PARENTESCO <input type="checkbox"/> ESPOSO (A) <input type="checkbox"/> FILHO (A) <input type="checkbox"/> AGREGADO(A) <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO(A) <input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> ENTEADO (A)		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> DESQUITADO(A) <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> CASADO (A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A)		
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO	
<input type="checkbox"/> CONTRATO NOVO <input type="checkbox"/> MIGRAÇÃO	<input type="checkbox"/> PORTABILIDADE	CÓDIGO PLANO ANTERIOR NA UNIMED SUDOESTE	CARÊNCIA <input type="checkbox"/> CONTRATUAL APROVEITAMENTO(A)	

PLANO ODONTOLÓGICO



PROPOSTA DE ADESÃO Individual Familiar

NOME DEPENDENTE 03

NOME DA MÃE

NOME DO PAI

CPF	IDENTIDADE	ORGÃO EXPEDIDOR	UF	NACIONALIDADE
PARENTESCO <input type="checkbox"/> ESPOSO (A) <input type="checkbox"/> FILHO (A) <input type="checkbox"/> AGREGADO(A) <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO(A) <input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> ENTEADO (A)		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> DESQUITADO(A) <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> CASADO (A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A)		
SEXO	DATA DE NASCIMENTO	Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE	DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO	
<input type="checkbox"/> CONTRATO NOVO <input type="checkbox"/> MIGRAÇÃO	<input type="checkbox"/> PORTABILIDADE	CÓDIGO PLANO ANTERIOR NA UNIMED SUDOESTE	CARÊNCIA <input type="checkbox"/> CONTRATUAL APROVEITAMENTO(A)	
PLANO ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/>				

CARÊNCIAS (A PARTIR DA DATA DE INÍCIO DE VIGÊNCIA)

O cliente Unimed Sudoeste que optar por adquirir novo plano em continuidade ao atual, com a acomodação em padrão superior à prevista no contrato anterior, deverá cumprir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utilizar a nova acomodação. Em caso de internação ocorrer durante o prazo de carência autorizado por lei, será assegurada a utilização da acomodação antes contratada. Também irá cumprir as carências correspondentes aos procedimentos que não estavam contratados no plano anterior conforme aproveitamento de carência parte integrante desta proposta de adesão.

PROCEDIMENTOS	CONTRATUAL	APROVEITAMENTO A
Urgência e Emergência / Acidente Pessoal	24 HORAS	CUMPRIDAS
Consultas, Análises clínicas e RX simples	30 DIAS	CUMPRIDAS
Ultrassonografia	90 DIAS	CUMPRIDAS
Procedimentos e Exames especiais	180 DIAS	CUMPRIDAS
Internações clínicas cirúrgicas	180 DIAS	CUMPRIDAS
Acomodação em quarto privativo	180 DIAS	CUMPRIDAS
Transplante de rim, córnea e medula óssea	180 DIAS	CUMPRIDAS
Partos a termo	300 DIAS	CUMPRIDAS

IMPORTANTE

- 1 - O aproveitamento de carência é uma concessão feita para beneficiários que possuem outros planos de saúde, de acordo com a regra de aproveitamento de carências abaixo, que poderá ou não ser efetuada pela Unimed Sudoeste, após examinada toda a documentação do(s) beneficiário(s).
- 2 - Só poderá ser concedido aproveitamento de carências para procedimentos que estavam contratados no plano anterior. Salvo para os casos de portabilidade.

REGRAS PARA APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA

- a) Aproveita-se a carência conforme cumprida no plano anterior;
- b) Para beneficiários de plano Unimed Sudoeste regulamentado ou não regulamentado em dia, cancelado com até 60 dias;
- c) Para beneficiários de plano Unimed Sudoeste regulamentado ou não regulamentado inadimplente, cancelado com até 60 dias, mediante quitação das mensalidades e coparticipação em aberto (quando houver)

UNIFACIL GOLD - QUARTO PRIVATIVO - 457.225/08-4

Marque com um "x" o tipo de contratação

1 a 2 Beneficiários

FAIXA ETÁRIA	VALORES
0 a 18	R\$ 354,93
19 a 23	R\$ 408,06
24 a 28	R\$ 469,35
29 a 33	R\$ 539,75
34 a 38	R\$ 593,73
39 a 43	R\$ 682,66
44 a 48	R\$ 869,30
49 a 53	R\$ 1.156,26
54 a 58	R\$ 1.537,83
59 ou +	R\$ 2.128,98

3 a 5 Beneficiários

FAIXA ETÁRIA	Desc. 5%
0 a 18	R\$ 337,18
19 a 23	R\$ 387,66
24 a 28	R\$ 445,89
29 a 33	R\$ 512,76
34 a 38	R\$ 564,04
39 a 43	R\$ 648,53
44 a 48	R\$ 825,84
49 a 53	R\$ 1.098,45
54 a 58	R\$ 1.460,94
59 ou +	R\$ 2.022,53

A partir de 5 beneficiários

FAIXA ETÁRIA	Desc. 8%
0 a 18	R\$ 326,53
19 a 23	R\$ 375,41
24 a 28	R\$ 431,80
29 a 33	R\$ 496,58
34 a 38	R\$ 546,23
39 a 43	R\$ 628,05
44 a 48	R\$ 799,75
49 a 53	R\$ 1.063,76
54 a 58	R\$ 1.414,80
59 ou +	R\$ 1.958,66

COPARTICIPAÇÃO / GRUPO DE PROCEDIMENTOS

ITEM	Valores
Consultas em Consultório	R\$ 28,00
Consultas Pronto Socorro	R\$ 28,00
Exames Simples	R\$ 13,50
Exames Especiais	R\$ 54,00
Procedimentos Ambulatoriais	R\$ 45,50

PLANO ODONTOLÓGICO

Observação: Os valores referem-se à tabela de Agosto de 2019



PROPOSTA DE ADESÃO Individual Familiar

TAXA DE INSCRIÇÃO

O valor da primeira mensalidade será acrescido de R\$ _____ por beneficiário titular e de R\$ _____ por beneficiário dependente. Havendo inscrição de novo beneficiário, será cobrado o mesmo valor em mensalidade posterior.

	Titular	Dependente 01	Dependente 02	Dependente 03	Dependente 04	Sub-total (calcule o desconto)
Plano						
Odontológico						

Total família
(R\$)

Declaro que tenho conhecimento que o vencimento do 1º boleto poderá não obedecer à data escolhida. No primeiro mês, a cobrança será proporcional ao número de dias de vigência do contrato. Nos demais boletos, as datas de vencimento corresponderão ao dia escolhido.

Dia do vencimento da mensalidade:	DATA: / /	ASSINATURA:
-----------------------------------	--------------	-------------

TERMO DE RESPONSABILIDADE E DADOS DO RESPONSÁVEL (EM CASO DE TITULAR MENOR OU TERCEIRO)

Eu, _____, declaro para todos os fins de direito que, na qualidade de responsável pelo Contrato de Prestação de Serviços Médico-Hospitalares cujo(s) beneficiário(s) está(ão) qualificado(s) nesta Proposta de Adesão, assumo como devedor a obrigação pelo pagamento das mensalidades e demais encargos correspondentes ao Contrato celebrado na mesma.

DATA DE NASCIMENTO / /	IDENTIDADE	ORGÃO EXPEDIDOR/UF	CPF
---------------------------	------------	--------------------	-----

DADOS DA VENDA

CANAL DE VENDAS		VENDEDOR	
CÓDIGO	NOME	CÓDIGO	NOME

DE ONDE VEIO A VENDA?

- AÇÃO EX- CLIENTE ATENDIMENTO INTERNO INDICAÇÃO DE CLIENTES TELEMARKETING ATIVO
 AÇÃO SEGMENTADA CAMPANHA DE MARKETING SITE UNIMED