



PROPOSTA DE ADESÃO  
Individual Familiar

IDENTIFICAÇÃO DA CONTRATADA

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

**UNIFÁCIL SILVER - ENFERMARIA 457 .226 /08-2**

DADOS DO PROPONENTE

NOME COMPLETO

|     |            |                 |    |               |
|-----|------------|-----------------|----|---------------|
| CPF | IDENTIDADE | ORGÃO EXPEDIDOR | UF | NACIONALIDADE |
|-----|------------|-----------------|----|---------------|

|   |   |                           |
|---|---|---------------------------|
| Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE  | DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO  |                           |
| ESTADO CIVIL<br><input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> DESQUITADO(A) <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL<br><input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A) | SEXO<br><input type="checkbox"/> MASCULINO<br><input type="checkbox"/> FEMININO | DATA DE NASCIMENTO<br>/ / |

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<br><input type="checkbox"/> MIGRAÇÃO | <input type="checkbox"/> PORTABILIDADE | CÓDIGO PLANO ANTERIOR NA UNIMED SUDOESTE | CARÊNCIA<br><input type="checkbox"/> CONTRATUAL <input type="checkbox"/> APROVEITAMENTO(A) |
|---|--|--|--|



**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)<br><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<br><input type="checkbox"/> CASADO (A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A) |   |               |
| SEXO <input type="checkbox"/> FEMININO<br><input type="checkbox"/> MASCULINO  | DATA DE NASCIMENTO                     | Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE  | DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO  |               |
| <input type="checkbox"/> CONTRATO NOVO<br><input type="checkbox"/> MIGRAÇÃO   | <input type="checkbox"/> PORTABILIDADE | CÓDIGO PLANO ANTERIOR NA UNIMED SUDOESTE  | CARÊNCIA<br><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)<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> MIGRAÇÃO   | <input type="checkbox"/> PORTABILIDADE | CÓDIGO PLANO ANTERIOR NA UNIMED SUDOESTE  | CARÊNCIA<br><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)<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> MIGRAÇÃO   | <input type="checkbox"/> PORTABILIDADE | CÓDIGO PLANO ANTERIOR NA UNIMED SUDOESTE  | CARÊNCIA<br><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)<br><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<br><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<br><input type="checkbox"/> MIGRAÇÃO   | <input type="checkbox"/> PORTABILIDADE | CÓDIGO PLANO ANTERIOR NA UNIMED SUDOESTE  | CARÊNCIA<br><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)

**UNIFÁCIL SILVER - ENFERMARIA 457 .226 /08-2**

Marque com um "x" o tipo de contratação

1 a 2 Beneficiários

| FAIXA ETÁRIA | VALORES      |
|--------------|--------------|
| 0 a 18       | R\$ 282,95   |
| 19 a 23      | R\$ 325,31   |
| 24 a 28      | R\$ 374,18   |
| 29 a 33      | R\$ 430,30   |
| 34 a 38      | R\$ 473,33   |
| 39 a 43      | R\$ 544,23   |
| 44 a 48      | R\$ 693,03   |
| 49 a 53      | R\$ 921,79   |
| 54 a 58      | R\$ 1.225,98 |
| 59 ou +      | R\$ 1.697,24 |

3 a 5 Beneficiários

| FAIXA ETÁRIA | Desc. 5%     |
|--------------|--------------|
| 0 a 18       | R\$ 268,80   |
| 19 a 23      | R\$ 309,04   |
| 24 a 28      | R\$ 355,46   |
| 29 a 33      | R\$ 408,85   |
| 34 a 38      | R\$ 449,65   |
| 39 a 43      | R\$ 517,01   |
| 44 a 48      | R\$ 658,38   |
| 49 a 53      | R\$ 875,69   |
| 54 a 58      | R\$ 1.164,68 |
| 59 ou +      | R\$ 1.612,38 |

A partir de 5 beneficiários

| FAIXA ETÁRIA | Desc. 8%     |
|--------------|--------------|
| 0 a 18       | R\$ 260,31   |
| 19 a 23      | R\$ 299,29   |
| 24 a 28      | R\$ 344,24   |
| 29 a 33      | R\$ 395,88   |
| 34 a 38      | R\$ 435,45   |
| 39 a 43      | R\$ 500,74   |
| 44 a 48      | R\$ 637,58   |
| 49 a 53      | R\$ 848,04   |
| 54 a 58      | R\$ 1.127,89 |
| 59 ou +      | R\$ 1.561,45 |

| 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<br>(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:<br>/ / | 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<br>/ / | 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