



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 |

VITAL PRATA – ENFERMARIA 480 .526 /18-7

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 <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A) | SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO | DATA DE NASCIMENTO / / |

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"/> MIGRAÇÃO | <input type="checkbox"/> PORTABILIDADE | CÓDIGO PLANO ANTERIOR NA UNIMED SUDOESTE | CARÊNCIA <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) <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)

VITAL PRATA – ENFERMARIA 480 .526 /18-7

Marque com um “x” o tipo de contratação

1 a 2 Beneficiários

| FAIXA ETÁRIA | VALORES |
|--------------|--------------|
| 0 a 18 | R\$ 247,36 |
| 19 a 23 | R\$ 284,39 |
| 24 a 28 | R\$ 327,11 |
| 29 a 33 | R\$ 376,17 |
| 34 a 38 | R\$ 413,79 |
| 39 a 43 | R\$ 475,77 |
| 44 a 48 | R\$ 605,85 |
| 49 a 53 | R\$ 805,84 |
| 54 a 58 | R\$ 1.071,77 |
| 59 ou + | R\$ 1.483,76 |

3 a 5 Beneficiários

| FAIXA ETÁRIA | Desc. 5% |
|--------------|--------------|
| 0 a 18 | R\$ 234,99 |
| 19 a 23 | R\$ 270,17 |
| 24 a 28 | R\$ 310,75 |
| 29 a 33 | R\$ 357,36 |
| 34 a 38 | R\$ 393,10 |
| 39 a 43 | R\$ 451,98 |
| 44 a 48 | R\$ 575,56 |
| 49 a 53 | R\$ 765,55 |
| 54 a 58 | R\$ 1.018,18 |
| 59 ou + | R\$ 1.409,57 |

A partir de 5 beneficiários

| FAIXA ETÁRIA | Desc. 8% |
|--------------|--------------|
| 0 a 18 | R\$ 227,57 |
| 19 a 23 | R\$ 261,64 |
| 24 a 28 | R\$ 300,94 |
| 29 a 33 | R\$ 346,08 |
| 34 a 38 | R\$ 380,68 |
| 39 a 43 | R\$ 437,71 |
| 44 a 48 | R\$ 557,38 |
| 49 a 53 | R\$ 741,37 |
| 54 a 58 | R\$ 986,03 |
| 59 ou + | R\$ 1.365,06 |

COPARTICIPAÇÃO / GRUPO DE PROCEDIMENTOS

| ITEM | Valores |
|-----------------------------|-----------|
| Consultas em Consultório | R\$ 30,00 |
| Consultas Pronto Socorro | R\$ 30,00 |
| Exames Simples | R\$ 11,25 |
| Exames Especiais | R\$ 47,75 |
| Procedimentos Ambulatoriais | R\$ 39,90 |

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