

PROPOSTA DE ADESÃO

IDENTIFICAÇÃO DA CONTRATADA

OPERADORA UNIMED SUDOESTE COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO					REGISTRO NA ANS Nº 35037-1
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 UAGNISILVADESOUZA	RG 663498180-SSP/BA 0045991529-SSP/BA	ESTADO CIVIL CASADO CASADO	NACIONALIDADE BRASILEIRO BRASILEIRO	PROFISSÃO MÉDICO MÉDICO	CARGO DIRETOR PRESIDENTE DIRETOR VICE PRESIDENTE

- PRODUTO: UNIMED SUPREMO EMP I - (Nº 483.592/19-1)**
- PRODUTO: UNIMED SUPREMO EMP II - (Nº 483.589/19-1)**

INÍCIO DA VIGÊNCIA DO CONTRATO

DATA

DADOS DA CONTRATANTE

NOME FANTASIA

RAZÃO SOCIAL

CNPJ	INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO MUNICIPAL
------	--------------------	---------------------

ENDEREÇO (CONFORME CARTÃO CNPJ) Nº

BAIRRO CIDADE UF

CEP COMPLEMENTO

NOME DO GESTOR DO CONTRATO OU GESTOR DE RECURSOS HUMANOS E-MAIL

DDD TELEFONE DDD CELULAR DDD FAX

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA Nº

BAIRRO CIDADE UF

CEP COMPLEMENTO

DDD TELEFONE DDD CELULAR DDD FAX

IDENTIFICAÇÃO DO REPRESENTANTE LEGAL DA CONTRATANTE

NOME COMPLETO

CARGO

CPF	DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO
-----	----------------------------

DADOS DA VENDA

CANAL DE VENDAS		VENDEDOR	
CÓDIGO	NOME	CÓDIGO	NOME

ASSINATURA DO CONTRATANTE

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

DECLARAÇÃO

Declaro reconhecer como verdadeiras e válidas as informações aqui fornecidas por mim que são, neste ato, apresentadas como proposta de contratação de plano privado de assistência à saúde.

Declaro que me foi fornecido antes e no ato da contratação, respectivamente, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde.

Declaro que é de meu conhecimento os valores da taxa de inscrição por beneficiário, das mensalidades por faixa etária e da coparticipação por procedimento realizado, se houver.

Declaro também que foi esclarecido que o cartão individual de identificação dos beneficiários e as faturas serão encaminhados para o endereço da contratante informado na Proposta de Adesão.

Declaro que me foi esclarecido que as substituições havidas na rede credenciada deste plano de saúde ficarão disponíveis no site da Unimed Sudoeste (www.unimedsudoeste.com.br) e no Call Center (77) – 4009-9400.

Declaro, ainda, ter recebido da Unimed Sudoeste todas as informações sobre o contrato e as condições gerais do plano coletivo empresarial referente à presente proposta, que contempla, entre outros direitos e deveres:

- a) A cobertura limitada ao Rol de Procedimentos e eventos em saúde editada pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), de forma taxativa e exaustiva;
- b) O reajuste anual das mensalidades ocorrerá na data de aniversário do contrato e o reajuste por faixa etária ocorrerá quando o beneficiário mudar da faixa que está enquadrado para seguinte, o que pode acontecer no mesmo mês, de acordo com a legislação vigente;
- c) A possibilidade de suspensão da assistência médica aos beneficiários pelo atraso no pagamento da fatura, de mensalidade ou de coparticipação, por período superior a 60 (sessenta) dias ou a rescisão do contrato, se o atraso for superior a 90 (noventa) dias;
- d) A aplicação de multa, juros e correção monetária na hipótese de atraso no pagamento da fatura, de mensalidade ou de coparticipação;
- e) A alteração do valor total da fatura na hipótese de inclusão e/ou exclusão de beneficiários titulares e de dependentes, ou de contratação de opcionais;
- f) A utilização dos serviços pretendidos obedecerá às carências contratuais, tendo início a contagem do prazo de carência a partir da data de ingresso do beneficiário.
- g) A possibilidade do empregado ou seu dependente ter seu atendimento garantido na rede própria ou credenciada deste plano de saúde mediante a apresentação do Termo de Inclusão, acompanhado de documento de identidade, oficialmente reconhecido, enquanto não tiver recebido o cartão individual de identificação e que em caso de dúvidas ou problema com o atendimento deverá ligar para a Central de Relacionamento com o Cliente no número (77) 4009-9400.

PROPOSTA DE ADESÃO

PRODUTO: UNIMED SUPREMO EMP I - (Nº 483.592/19-1) PRODUTO: UNIMED SUPREMO EMP I - (Nº 483.589/19-1)

VALORES REFEREM-SE À TABELA DE MRÇO/2020

MARQUE COM UM "X" O TIPO DE CONTRATAÇÃO

PORTE	<input type="checkbox"/> UNIMED SUPREMO EMP I		<input type="checkbox"/> UNIMED SUPREMO EM II	
	<input type="checkbox"/> PORTE1(02 A 29 BEN.)	<input type="checkbox"/> PORTE 2(30 A 99 BEN.)	<input type="checkbox"/> PORTE 1 (02 A 29 BEN.)	<input type="checkbox"/> PORTE 2 (30 A 99 BEN.)
FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA	ENFERMARIA	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO
0 A 18	195,22	186,07	260,29	248,10
19 A 23	224,43	213,92	299,26	285,24
24 A 28	258,14	246,05	344,19	328,07
29 A 33	296,86	282,96	395,82	377,28
34 A 38	326,54	311,25	435,40	415,01
39 A 43	375,47	357,88	500,63	477,18
44 A 48	478,13	455,73	637,51	607,65
49 A 53	635,96	606,17	847,96	808,24
54 A 58	845,84	806,23	1.127,80	1.074,98
59 OU MAIS	1.170,97	1.116,12	1.561,31	1.488,19

ITEM / GRUPO	TABELA DE COPARTICIPAÇÃO
CONSULTA EM CONSULTÓRIO	50% Limitado a 35,00
CONSULTA EM PRONTO-SOCORRO	50% Limitado a 35,00
GRUPO 1 – Exames e Terapias	50% Limitado a 11,25
GRUPO 2 – Exames e Terapias	50% Limitado a 47,25
Atendimento Ambulatorial	50% Limitado a 60,00
Franquia de Internação	400,00

OPCIONAIS

ODONTOLÓGICO

TAXA DE INSCRIÇÃO

O valor da primeira mensalidade será acrescido de R\$ _____ por beneficiário.

Havendo inscrição de novo beneficiário será cobrado o mesmo valor em mensalidade posterior.

Declaro que tenho conhecimento que no primeiro mês a cobrança será proporcional ao número de dias de vigência do contrato. Nos demais boletos a data de vencimento corresponderá ao dia da vigência escolhida de acordo com as opções abaixo.

Vigência 01 – Vencimento todo dia 10 de cada mês

Vigência 10 – Vencimento todo dia 20 de cada mês

Vigência 20 – Vencimento todo dia 30 de cada mês

FORMA DE CUSTEIO DO PLANO

CUSTEIO INTEGRAL PELA EMPRESA

CUSTEIO PARCIAL PELA EMPRESA

EMPRESA NÃO CUSTEIA

ASSINATURA

DATA: / /

ASSINATURA DO CONTRATANTE: