

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 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 VICE PRESIDENTE

- PRODUTO: UNIFÁCIL EMPRESARIAL SILVER - (Nº 457.228/08-9)**
- PRODUTO: UNIFACIL EMPRESARIAL GOLD - (Nº 457.227/08-1)**

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			

X

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> AÇÃO EX-CLIENTE | <input type="checkbox"/> ATENDIMENTO INTERNO | <input type="checkbox"/> SITE UNIMED | <input type="checkbox"/> TELEMARKEETING ATIVO |
| <input type="checkbox"/> AÇÃO SEGMENTADA | <input type="checkbox"/> CAMPANHA DE MARKETING | <input type="checkbox"/> 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: UNIFACIL EMPRESARIAL SILVER - (Nº 457.228/08-9) PRODUTO: UNIFACIL EMPRESARIAL GOLD - (Nº 457.227/08-1)

VALORES REFEREM-SE À TABELA DE JULHO/2019

MARQUE COM UM "X" O TIPO DE CONTRATAÇÃO

	<input type="checkbox"/> UNIFACIL EMPRESARIAL SILVER		<input type="checkbox"/> UNIFACIL EMPRESARIAL GOLD	
PORTE	<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	156,72	149,47	206,35	196,69
19 A 23	180,19	171,87	237,24	226,13
24 A 28	207,27	197,69	272,86	260,08
29 A 33	238,36	227,34	313,79	299,10
34 A 38	262,18	250,06	345,18	329,01
39 A 43	301,46	287,53	396,89	378,30
44 A 48	383,87	366,13	505,41	481,74
49 A 53	510,60	487,00	672,23	640,74
54 A 58	679,10	647,72	894,09	852,21
59 OU MAIS	940,13	896,69	1.237,77	1.179,79

ITEM / GRUPO	TABELA DE COPARTICIPAÇÃO
CONSULTA EM CONSULTÓRIO	50% Limitado a 25,00
CONSULTA EM PRONTO-SOCORRO	50% Limitado a 25,00
GRUPO 1 – Exames e Terapias	50% Limitado a 11,25
GRUPO 2 – Exames e Terapias	50% Limitado a 47,75
Atendimento Ambulatorial	50% Limitado a 39,90
Internação	Não Há Cobranças

OPCIONAIS

ODONTOLÓGICO

TAXA DE INSCRIÇÃO

O valor da primeira mensalidade será acrescido 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: