

TERMO DE INCLUSÃO Coletivo Empresarial - Dependente

DADOS DO PROPONENTE/TITULAR

NOME COMPLETO (SEM ABREVIACÕES)	CÓDIGO PRODUTO ANS
CPF	

DADOS DOS DEPENDENTES
NOME DEPENDENTE 1 (SEM ABREVIACÕES)

NOME DA MÃE (SEM ABREVIACÕES)				
NOME DO PAI (SEM ABREVIACÕES)				
CPF	IDENTIDADE	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF EMISSOR	NACIONALIDADE
Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE			DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO	
ESTADO CIVIL		SEXO		DATA DE NASCIMENTO
<input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO		<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		/ /
PARENTESCO			NATURALIDADE	
<input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> FILHO(A) <input type="checkbox"/> AGREGADO(A) <input type="checkbox"/> NETO (A) <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO(A) <input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> ENTEADO(A)				
CÓDIGO DO PLANO ANTERIOR NA UNIMED SUDOESTE			MOVIMENTAÇÃO	CARÊNCIA
			<input type="checkbox"/> PORTABILIDADE	<input type="checkbox"/> CONTRATUAL APROVEITAMENTO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
OPCIONAIS <input type="checkbox"/> PBM R\$		<input type="checkbox"/> SOS R\$		

NOME DEPENDENTE 2 (SEM ABREVIACÕES)

NOME DA MÃE (SEM ABREVIACÕES)				
NOME DO PAI (SEM ABREVIACÕES)				
CPF	IDENTIDADE	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF EMISSOR	NACIONALIDADE
Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE			DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO	
ESTADO CIVIL		SEXO		DATA DE NASCIMENTO
<input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO		<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		/ /
PARENTESCO			NATURALIDADE	
<input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> FILHO(A) <input type="checkbox"/> AGREGADO(A) <input type="checkbox"/> NETO (A) <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO(A) <input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> ENTEADO(A)				
CÓDIGO DO PLANO ANTERIOR NA UNIMED SUDOESTE			MOVIMENTAÇÃO	CARÊNCIA
			<input type="checkbox"/> PORTABILIDADE	<input type="checkbox"/> CONTRATUAL APROVEITAMENTO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
OPCIONAIS <input type="checkbox"/> PBM R\$		<input type="checkbox"/> SOS R\$		

NOME DEPENDENTE 3 (SEM ABREVIACÕES)

NOME DA MÃE (SEM ABREVIACÕES)				
NOME DO PAI (SEM ABREVIACÕES)				
CPF	IDENTIDADE	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF EMISSOR	NACIONALIDADE
Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE			DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO	
ESTADO CIVIL		SEXO		DATA DE NASCIMENTO
<input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO		<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		/ /
PARENTESCO			NATURALIDADE	
<input type="checkbox"/> ESPOSO(A) <input type="checkbox"/> FILHO(A) <input type="checkbox"/> AGREGADO(A) <input type="checkbox"/> NETO (A) <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO(A) <input type="checkbox"/> PAI/MÃE <input type="checkbox"/> ENTEADO(A)				
CÓDIGO DO PLANO ANTERIOR NA UNIMED SUDOESTE			MOVIMENTAÇÃO	CARÊNCIA
			<input type="checkbox"/> PORTABILIDADE	<input type="checkbox"/> CONTRATUAL APROVEITAMENTO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C
OPCIONAIS <input type="checkbox"/> PBM R\$		<input type="checkbox"/> SOS R\$		

Declaro que estou ciente e de acordo, aceitando e ratificando todos os termos, cláusulas e condições do referido contrato de plano de saúde. Declaro, também, que fui informado, estou ciente e concordei que o número do meu Cartão Nacional de Saúde (CNS) estará disponível na Área Restrita para Clientes no site da Unimed Sudoeste (www.unimedsudoeste.com.br), bem como a minha Identificação Padrão da Saúde Suplementar, assim que meu cadastro for efetivado na Operadora e eu cadastrar minha senha no referido site.

Vigência a partir de: __/____/____

DADOS DA VENDA

CÓDIGO	NOME DO VENDEDOR	ASSINATURA DO TITULAR (IGUAL AO DOCUMENTO)	DATA
--------	------------------	--	------

CARÊNCIAS (A PARTIR DA DATA DE INGRESSO DO BENEFICIÁRIO)

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 comprimir carência de 180 (cento e oitenta) dias para utiliza a nova acomodação. Em caso da 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 as regras de aproveitamento de carência, que são parte integrante desta proposta de adesão.

PROCEDIMENTOS/EVENTOS	PORTE 1 EMPREENDEDOR PORTE2* CORPORATIVO*			APROVEITAMENTO		
	INDIVIDUAL			A	B	C
Urgência e Emergência / Acidente Pessoal	24 HORAS	ISENTO	ISENTO	CUMPRIDAS	ISENTO	ISENTO
Consultas, Análises clínicas e RX simples	30 DIAS	ISENTO	ISENTO	CUMPRIDAS	ISENTO	ISENTO
Ultrassonografia	90 DIAS	ISENTO	ISENTO	CUMPRIDAS	30 DIAS	ISENTO
Procedimentos e Exames especiais	180 DIAS	ISENTO	ISENTO	CUMPRIDAS	30 DIAS	ISENTO
Internações clínicas cirúrgicas	180 DIAS	ISENTO	ISENTO	CUMPRIDAS	180 DIAS	180 DIAS
Acomodação em quarto privativo	180 DIAS	ISENTO	ISENTO	CUMPRIDAS	30 DIAS	30 DIAS
Transplante de rim, córnea e medula óssea	180 DIAS	ISENTO	ISENTO	CUMPRIDAS	180 DIAS	180 DIAS
Partos a termo	300 DIAS	ISENTO	ISENTO	CUMPRIDAS	300 DIAS	300 DIAS

LEGENDA

PORTE 1 (02 a 29 vidas), PORTE 2 (30 a 99 vidas) e CORPORATIVO (a partir de 100 vidas).

ATENÇÃO

Porte 2 e Corporativo: A isenção de carência é garantida quando o beneficiário aderir em até 30 dias do início da vigência do contrato. Após esse período, será exigido o cumprimento da carência contratual prevista para o Porte 1, salvo para os casos de recém-admitidos, recém-nascidos e recém-casados incluídos no plano até no máximo 30 dias após o evento.

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) e quando não couber a portabilidade.
- 2 - Só poderá ser concedido aproveitamento de carências para procedimentos que estavam contratados no plano anterior, salvo para os casos de portabilidade.
- 3 - Não ocorrendo o aproveitamento de carências, o beneficiário deverá cumprir as carências previstas no contrato de plano de saúde que irá aderir.

REGRAS PARA APROVEITAMENTO DE CARÊNCIA

APROVEITAMENTO A

- Para beneficiários de plano Unimed Sudoeste regulamentado ou não regulamentado em dia, cancelado há até 60 dias.
- 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).
- Para beneficiários de plano Unimed Sudoeste em custo operacional Não Regulamentado Adaptado, migrando para um pré-pagamento.

APROVEITAMENTO B

- Para beneficiários de planos de outras operadoras com mais de 06 meses de plano, com até 90 dias do último pagamento.
- Para beneficiários menores de 06 meses de idade, nascidos em outra operadora, com declaração de permanência ou declaração do hospital comprovando o nascimento pelo plano origem.

APROVEITAMENTO C

- Para beneficiários de planos de outras UnimedS com mais de 06 meses de plano, com até 90 dias do último pagamento.