

TERMO DE INCLUSÃO COLETIVO EMPRESARIAL - Titular

DADOS DA CONTRATANTE

CÓDIGO DO CONTRATO	NOME DA CONTRATANTE
DATA DE ADMISSÃO	

DADOS DO PROPONENTE/TITULAR

NOME COMPLETO (SEM ABREVIACÕES)

CPF	IDENTIDADE	ÓRGÃO EXPEDIDOR	UF EMISSOR	NACIONALIDADE
Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE			DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO	
ESTADOCIVIL	<input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO	<input type="checkbox"/> VIÚVO	SEXO	DATA DE NASCIMENTO
NOME DA MÃE (SEM ABREVIACÕES)			<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	/ / /
NOME DO PAI (SEM ABREVIACÕES)				
RUA/AVENIDA			Nº	COMPLEMENTO
BAIRRO		CIDADE		UF
CEP	NATURALIDADE	DDD	TELEFONE	DDD TELEFONE
E-MAIL				
CÓDIGO DO PLANO ANTERIOR NA UNIMED SUDOESTE			MOVIMENTAÇÃO PORTABILIDADE <input type="checkbox"/>	CARÊNCIA <input type="checkbox"/> CONTRATUAL <input type="checkbox"/> APROVEITAMENTO <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C

AGRUPAMENTO DE BENEFICIÁRIOS

- PORTE 1 (02 A 29 BENEFICIÁRIOS)
 PORTE 2 (30 A 99 BENEFICIÁRIOS)
 CORPORATIVO (A PARTIR DE 100 BENEFICIÁRIOS)

PLANOS

UNIFÁCIL EMPRESARIAL	<input type="checkbox"/> SILVER ENFERMARIA [457.228/08-9]	<input type="checkbox"/> GOLD QUARTO PRIVATIVO [457.227/08- 1]
IDEAL	<input type="checkbox"/> PRATA ENFERMARIA [480.528/18-3]	<input type="checkbox"/> OURO QUARTO PRIVATIVO [480.527/18-5]
UNIMED SUPREMO	<input type="checkbox"/> EMP. I ENFERMARIA [483.592/19-1]	<input type="checkbox"/> EMP. II QUARTO PRIVATIVO [483.589/19-1]
UNIMED ESTADUAL SUPER	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA [486.643/20-6]	<input type="checkbox"/> QUARTO PRIVATIVO [486.638/20-0]

 OUTRO PLANO:

 ODONTOLÓGICO

Declaro que estou ciente e de acordo, aceitando e ratificando todos os termos, cláusulas e condições do referido contrato de plano de saúde, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde antes da contratação e o Guia de Leitura Contratual no ato da contratação. 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 do 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 as regras de aproveitamento de carência, que são parte integrante desta proposta de adesão.

PROCEDIMENTOS/EVENTOS	EMPREENDEDOR PORTE2* CORPORATIVO*			A	B	C
	INDIVIDUAL					
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

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.