

**PLANO EMPRESARIAL UNIMED – CO-PARTICIPAÇÃO 50% (HÍBRIDO)**

- ( ) INCLUSÃO DE TITULAR.  
( ) INCLUSÃO DE TITULAR E DEPENDENTES.  
( ) INCLUSÃO DE DEPENDENTES (ASSOCIADOS QUE JÁ POSSUEM O PLANO).  
( ) TRANSFERÊNCIA DE PLANO - TITULAR ( ) DEPENDENTES ( )  
( ) EXCLUSÃO - TITULAR ( ) DEPENDENTES ( )

Motivo da exclusão: \_\_\_\_\_

**DADOS DO TITULAR**

MATRÍCULA: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ PASEP: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CEP: \_\_\_\_\_

MÃE: \_\_\_\_\_

TELS.: RESID. \_\_\_\_\_ CELULAR: \_\_\_\_\_ COM. \_\_\_\_\_ R. \_\_\_\_\_

DATA DE NASC.: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ SEXO: ( ) F ( ) M ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

FÓRUM ONDE TRABALHA: \_\_\_\_\_ CARGO: \_\_\_\_\_

SETOR: \_\_\_\_\_

ENTREGA DAS CARTEIRAS: ( ) CORREIO ( ) VIRÁ BUSCAR NA AJUDES

PLANO DO TITULAR: ( ) APARTAMENTO ( ) ENFERMARIA

**DADOS DOS DEPENDENTES:**

NOME	DATA NASC	PARENTESCO	APT	ENF

**DECLARAÇÃO**

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE DOS ÍTENS ACIMA PREENCHIDOS, AUTORIZANDO O DÉBITO MENSAL EM FOLHA DE PAGAMENTO REFERENTE AO PLANO ACIMA OPTADO, TAXA DE INSCRIÇÃO E CO-PARTICIPAÇÕES COM VIGENCIA APARTIR DE 01 / \_\_\_\_ / \_\_\_\_, NO VALOR DE R\$ \_\_\_\_\_, (\_\_\_\_\_)

OUTROSSIM, DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE PARA O DESLIGAMENTO DO PRESENTE PLANO DE SAÚDE, DEVEREI COMUNICAR POR ESCRITO À AJUDES NA DATA MÁXIMA DE 1º DE CADA MÊS PARA QUE O CANCELAMENTO SEJA EFETUADO NO MÊS SEGUINTE ONDE DEVERÃO SER ENTREGUE OS CARTÕES IDENTIFICAÇÃO, DE OUTRA FORMA OS DESCONTOS TERÃO CONTINUIDADE E EM CASO DE EXONERAÇÃO DEVO INFORMAR IMEDIATAMENTE A AJUDES, COMPROMETENDO-ME A QUITAR MENSALIDADES E CO-PARTICIPAÇÕES DEVIDAS.

(INFORMAMOS QUE NA TRANSFERENCIA NÃO HÁ RETORNO PARA O PLANO UNIPLAN)

VITÓRIA-ES., \_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA

**TABELA DE PREÇOS DO CONTRATO CO-PARTICIPAÇÃO 50% (HÍBRIDO)**

**TAXA DE INSCRIÇÃO:** R\$ 5,00 (TITULAR) E R\$ 2,50 (DEPENDENTE)

Mensalidade: **ENFERMARIA**

FAIXA ETÁRIA	R\$
De 00 (zero) a 18 (dezoito) anos	49,84
De 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	57,65
De 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	66,48
De 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	79,73
De 34 (Trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	81,82
De 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	98,96
De 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	120,66
De 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	144,60
De 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	162,61
Acima de 59 (cinquenta e nove) anos	291,81

Mensalidade: **QUARTO PRIVATIVO**

FAIXA ETÁRIA	R\$
De 00 (zero) a 18 (dezoito) anos	68,11
De 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	79,13
De 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	90,73
De 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	108,81
De 34 (Trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	111,67
De 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	135,07
De 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	164,68
De 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	197,31
De 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	221,94
Acima de 59 (cinquenta e nove) anos	398,22

**CARENCIAS:**

URGENCIA E EMERGENCIA/ ACIDENTES PESSOAIS	24 HORAS
CONSULTAS E EXAMES SIMPLES	ISENTO
EXAMES OBSTÉTRICOS/ RADIOLOGICOS CONTRASTADO	ISENTO
PROCEDIMENTOS DIAGNOSES/ INTERNAÇÃO CLINICA	90 DIAS
ACOMODAÇÃO EM QUARTO PRIVATIVO	90 DIAS
PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICO E PARTO	270 DIAS
COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA	24 MESES
RESSONÂNCIA NUCEAR MAGNÉTICA/TRATAMENTO E INTERNAÇÃO CIRURGICA	150 DIAS
CIRURGIA CARDIACA, PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICO E TERAPEUTICOS EM HEMODINÂMICA	150 DIAS
TRANSPLANTE DE CÔRNEA E RIM	150 DIAS
PRÓTESE E ÓRTESE LIGADO AO ATO CIRURGICO, CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA E REFRATIVA OFTALMOLÓGICA	150 DIAS
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA E HOSPITAL DIA PSQUIATRIA	90 DIAS

**REMOÇÃO:**

De 0 a 58 anos..... R\$ 5,28  
Acima de 59 anos.....R\$ 7,92  
ODONTOLÓGICO.....R\$ 17,77

**TAXA DE INSCRIÇÃO:**

TITULAR.....R\$ 5,00  
DEPENDENTE.....R\$ 2,50

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:**

- Carteira funcional do titular ou contra-cheque atualizado;
- Comprovante de residência do titular;
- Cópia do CPF e RG do titular;
- Cópia da identidade do(s) dependente(s) ou Certidão de nascimento, CPF, certidão de Casamento, no caso de companheiro(a) documento registrado em cartório ou da casa do cidadão comprovando a união;
- IR, no caso de inclusão de pai e mãe;

**É OBRIGATÓRIA A ENTREGA DOS TERMOS DE ADESÃO ORIGINAIS(se recebido por fax, favor tirar cópia antes de preencher, pois o mesmo não pode ser encaminhado a Unimed no papel de fax).**

A DATA MÁXIMA PARA INCLUSÃO NA UNIMED É ATÉ O DIA 1º DO MÊS, PARA INCLUSÃO NO 1º DIA ÚTIL DO PRÓXIMO MÊS. EM CASO DE DÚVIDAS, LIGUE 3232.2122 (FERNANDA OU ANDRESSA).