

PLANO EMPRESARIAL UNIMED - VITORIAMED

- 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	APTO	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 E TAXA DE INSCRIÇÃO RELATIVO AO 1º MÊS, COM VIGÊNCIA APARTIR DE 01/___/___, NO VALOR DE R\$ _____ (_____)

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

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

VITÓRIA-ES, ___ DE _____ DE ____.

ASSINATURA

CONTRATO UNIMED VITORIAMED

TABELA DE PREÇOS

FAIXA ETÁRIA	ENFERMARIA	QUARTO PRIVATIVO\$
De 00 (zero) a 18 (dezoito) anos	108,31	130,10
De 19 (dezenove) a 23 (vinte e três) anos	155,94	181,81
De 24 (vinte e quatro) a 28 (vinte e oito) anos	169,16	213,84
De 29 (vinte e nove) a 33 (trinta e três) anos	181,83	228,37
De 34 (Trinta e quatro) a 38 (trinta e oito) anos	194,67	239,57
De 39 (trinta e nove) a 43 (quarenta e três) anos	197,67	242,47
De 44 (quarenta e quatro) a 48 (quarenta e oito) anos	201,21	245,04
De 49 (quarenta e nove) a 53 (cinquenta e três) anos	204,30	246,60
De 54 (cinquenta e quatro) a 58 (cinquenta e oito) anos	204,86	250,55
Acima de 59 (cinquenta e nove) anos	525,36	635,29

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

CARENCIAS:

URGENCIA/ EMERGENCIA	24 HORAS
CONSULTAS E EXAMES SIMPLES	ISENTO
EXAMES OBSTÉTRICOS/ RX CONTRASTADO	ISENTO
PROCEDIMENTOS DIAGNOSES/ INTERNAÇÃO CLINICA	ISENTO
INTERNAÇÃO EM QUARTO PRIVATIVO	ISENTO
PROCEDIMENTOS OBSTÉTRICO E PARTO	ISENTO
COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA	ISENTO
TRATAMENTO E INTERNAÇÃO CIRURGICA	90 DIAS
CIRURGIA CARDIACA	90 DIAS
TRANSPLANTE DE CÓRNEA E RIM	180 DIAS
PRÓTESE E ÓRTESE LIGADO AO ATO CIRURGICO, CIRURGIA DE OBESIDADE MÓRBIDA E REFRACTIVA OFTALMOLÓGICA	180 DIAS
INTERNAÇÃO PSIQUIÁTRICA E HOSPITAL DIA PSQUIATRIA	180 DIAS

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, 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 (ANDRESSA OU FERNANDA).