

TERMO DE ADESÃO ao PLANO DE SAÚDE UNIMED

() PLANO PRIVATIVO

() PLANO SEMI-PRIVATIVO

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

| | | | | |
|-----------------------|------------------------|----------------------|---------------|-------------|
| Nome completo | | Data de Nasc. | Sexo | Nº de sócio |
| Nome da mãe completo | | Nome do pai completo | | |
| CPF | RG | Órgão Emissor | Estado civil | |
| Endereço residencial: | | Nº | Compl. | Bairro |
| Município: | CEP: | UF: | UNIVERSIDADE: | |
| Telefone Residencial: | Telefone Profissional: | Telefone Celular: | E-mail: | |

DADOS PARA INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

| Dados Usuário Dependente | | | | | |
|--------------------------|----------------------|----|----------------------|-----------------------------|------|
| 1 | Nome completo | | Grau de depend. | Data de Nasc. | Sexo |
| | Nome da mãe completo | | Nome do pai completo | | |
| | CPF | RG | Órgão Emissor | Telefones: Res. Celular: | |
| Dados Usuário Dependente | | | | | |
| 2 | Nome completo | | Grau de depend. | Data de Nasc. | Sexo |
| | Nome da mãe completo | | Nome do pai completo | | |
| | CPF | RG | Órgão Emissor | Telefones: Res. Celular: | |
| Dados Usuário Dependente | | | | | |
| 3 | Nome completo | | Grau de depend. | Data de Nasc. | Sexo |
| | Nome da mãe completo | | Nome do pai completo | | |
| | CPF | RG | Órgão Emissor | Telefones: Res. Celular: | |
| Dados Usuário Dependente | | | | | |
| 4 | Nome completo | | Grau de depend. | Data de Nasc. | Sexo |
| | Nome da mãe completo | | Nome do pai completo | | |
| | CPF | RG | Órgão Emissor | Telefones: Res. Celular: | |
| Dados Usuário Dependente | | | | | |
| 5 | Nome completo | | Grau de depend. | Data de Nasc. | Sexo |
| | Nome da mãe completo | | Nome do pai completo | | |
| | CPF | RG | Órgão Emissor | Telefones: Res. Celular: | |

Você está trocando de Plano? () Sim () Não.

Se a resposta anterior for positiva, favor informar a data de exclusão: _____.

DAS INFORMAÇÕES DE PREENCHIMENTO

Para efetivar a inscrição do beneficiário titular, e dependente(s) é necessário o preenchimento de todos os campos solicitados no TERMO DE ADESÃO.

O beneficiário titular deve fazer a opção pelo plano privativo ou semi-privativo, marcando sua opção no início deste termo de adesão.

DA ADESÃO E DA DESVINCULAÇÃO AO PLANO DE SAÚDE DA UNIMED

- A) O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente de que a ADUFRGS-Sindical e UNIMED PORTO ALEGRE celebraram contrato de prestação de serviços de saúde (PLANO DE SAÚDE DA UNIMED), cujo objeto é a prestação de serviços na área de saúde para os filiados à ADUFRGS-Sindical.
- B) O BENEFICIÁRIO TITULAR confirma que recebeu a informação de que a cópia do contrato firmado entre a ADUFRGS-Sindical e UNIMED PORTO ALEGRE encontra-se disponível no site da ADUFRGS-Sindical (www.adufrgs.org.br).
- C) O BENEFICIÁRIO TITULAR aceita tudo o que está disposto nas cláusulas do PLANO DE SAÚDE DA UNIMED, e se obriga a cumprir as cláusulas contratuais referentes aos beneficiários e dependentes durante sua adesão ao PLANO DE SAÚDE DA UNIMED.
- D) O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente em relação às coberturas constantes do PLANO DE SAÚDE DA UNIMED, bem como das regras sobre os usuários dependentes.
- E) O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente dos valores mensais a pagar pela adesão ao PLANO DE SAÚDE DA UNIMED, tanto para o BENEFICIÁRIO TITULAR como para os usuários dependentes.
- F) O valor da mensalidade individual do titular e cada um de seus dependentes será reajustado em conformidade com a previsão contratual do instrumento firmado entre a ADUFRGS e UNIMED PORTO ALEGRE.
- G) O atendimento ao BENEFICIÁRIO TITULAR e dependentes cobertos pelo PLANO DE SAÚDE DA UNIMED somente será possível com a apresentação da carteira de atendimento fornecida pela UNIMED, bem como documento de identificação com foto.
- H) A carteira de atendimento é documento pessoal e intransferível. A utilização indevida por terceiros acarretará as penalidades previstas em lei específica.
- I) O pagamento da mensalidade do PLANO DE SAÚDE DA UNIMED dar-se-á exclusivamente por meio de débito em conta corrente junto ao BANCO DO BRASIL.**
- J) Em casos de insuficiência de saldo em conta corrente, o BENEFICIÁRIO TITULAR deverá entrar em contato diretamente com a ADUFRGS-Sindical por meio dos telefones (51) 3228.11.88 e/ou pessoalmente no endereço da sede administrativa situada na Rua Barão do Amazonas, 1581 – Bairro Jd. Botânico - Porto Alegre – RS.
- K) Ao término da vinculação ao PLANO DE SAÚDE DA UNIMED, o BENEFICIÁRIO TITULAR responsabiliza-se pela devolução da(s) carteira(s) de atendimento emitidas pela UNIMED, bem como a dos seus eventuais usuários dependentes.

DOS PAGAMENTOS

Para obter a prestação dos serviços da UNIMED PORTO ALEGRE, para si e para seus dependentes inscritos, o BENEFICIÁRIO TITULAR obriga-se a pagar à ADUFRGS-Sindical a importância mensal constante da Tabela de Valores que discrimina as faixas etárias dos beneficiários titulares e dependentes e o plano escolhido (privativo ou semi-privativo).

O valor a ser pago mediante débito em conta corrente corresponderá à soma dos valores do beneficiário titular e seus dependentes, conforme o caso. O valor será acrescido das participações nas consultas e procedimentos conforme consta do contrato firmado entre a ADUFRGS e UNIMED PORTO ALEGRE.

O valor especificado estará sujeito aos reajustes previstos no CONTRATO firmado entre a ADUFRGS e UNIMED PORTO ALEGRE.

O débito da mensalidade se dará sempre no dia 05 de cada mês.

O valor mensal será debitado na conta corrente do BENEFICIÁRIO TITULAR abaixo identificada.

BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: _____

CONTA: _____

O valor estabelecido no item anterior sofrerá alteração automática, sempre que o BENEFICIÁRIO TITULAR, ou um de seus dependentes, atingir a idade limite superior à faixa etária em que estiver inscrito.

O BENEFICIÁRIO TITULAR pagará conjuntamente com a mensalidade o percentual de 5% (cinco por cento), referente às despesas de administração da ADUFRGS para manutenção do PLANO DE SAÚDE DA UNIMED.

É de inteira responsabilidade do BENEFICIÁRIO TITULAR qualquer despesa efetuada diretamente ou por dependente, que exceda às condições contratadas, bem como por uso indevido das identificações dos credenciados.

A ADUFRGS-Sindical poderá fazer sumariamente o desligamento do BENEFICIÁRIO TITULAR e seus dependentes quando houver atraso no pagamento da mensalidade por mais de um mês, sem necessidade de aviso prévio ou notificação de qualquer espécie. O BENEFICIÁRIO TITULAR está ciente de que a ADUFRGS-Sindical efetua o pagamento da fatura à UNIMED PORTO ALEGRE independentemente do pagamento da mensalidade pelo BENEFICIÁRIO TITULAR, o que justifica a exclusão imediata em caso de falta de pagamento.

DA ADESÃO

Declaro para os devidos fins que sou associado da ADUFRGS-Sindical, que estou ciente das informações sobre atendimento, bem como do pagamento da mensalidade referente à minha vinculação ao PLANO DE SAÚDE DA UNIMED.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do titular