

# PROPOSTA DE ADEÇÃO

CNPJ: 50.368.034/0001-01

Razão Social: Unimed de Avaré Cooperativa de Trabalho Médico

Endereço: Rua Santa Catarina, 1981 - Bairro Alto, Avaré/SP - CEP: 18.708-005

Contatos: Fone. (14) 3711 - 7016 / Site: <http://www.unimedavare.coop.br/>

CUIDAR DE VOCÊ, ESSE É O PLANO.



## ESTA PROPOSTA REFERE-SE À

INCLUSÃO  EXCLUSÃO  ALTERAÇÃO DE DADOS  2ª VIA DE CARTÃO  TITULAR  DEPENDENTE  AGREGADO

Motivos Alt. / Excl.:

ANS:

INT:

Vigência:

Local Atendim.:

## DADOS DO CONTRATANTE

Nome / Razão Social:

Pessoa:

Endereço:

Nº:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefone:

CNPJ / CPF:

RG:

Data Nasc.:

(Exclusivo a PF) Nome Mãe do Contratante:

Contrato:

## BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome:

Sexo:

Pessoa:

Beneficiário:

Endereço Residencial:

Nº:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Telefones:

E-mail:

Data Nasc.:

Estado Civil:

Nome da Mãe:

DNV:

RG:

CPF:

CNS:

## BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

Nome:

Pessoa:

Parentesco:

Sexo:

CPF:

RG:

DNV:

Nasc.:

Nome da Mãe:

CNS:

Nome:

Pessoa:

Parentesco:

Sexo:

CPF:

RG:

DNV:

Nasc.:

Nome da Mãe:

CNS:

Nome:

Pessoa:

Parentesco:

Sexo:

CPF:

RG:

DNV:

Nasc.:

Nome da Mãe:

CNS:

## DADOS DO PLANO

Nome Comercial:

CO

PP

Registro ANS:

Seg. Assistencial:

Acomodação:

Coparticipação:

## 1ª MENSALIDADE

Vencimento 1º Boleto

Valor Total:

\* Caso não receba o boleto em sua residência, favor entrar em contato: (14) 3711-7016

E-mail: [comercial@unimedavare.coop.br](mailto:comercial@unimedavare.coop.br) ou acesse o site <http://www.unimedavare.coop.br/> - Opção 2ª via de boleto

## FAIXA ETÁRIA / MENSALIDADE

00 à 18 anos:

39 à 43 anos:

Total Taxa de Inscrição:

19 à 23 anos:

44 à 48 anos:

Total Mensalidade:

24 à 28 anos:

49 à 53 anos:

Vencimento Mensalidade:

29 à 33 anos:

54 à 58 anos:

Boleto

Titular:

34 à 38 anos:

Acima 59 anos:

Débito C/C

Dependentes:

Total Beneficiários:

## CARÊNCIAS

Atendimento em Pronto Socorro em caso de urgência ou emergência - 24 horas

Exames especializados, internações hospitalares (inclusive UTI), transplantes (renal e córnea e hemodiálise) - 180 dias

Consultas e exames laboratoriais - 30 dias

Doenças ou lesões pré-existentes - 24 meses

Procedimentos Ambulatoriais - 90 dias

Parto - 300 dias

Pela presente, proponho minha admissão no plano de assistência médica na Unimed de Avaré Cooperativa de Trabalho Médico, estando de pleno acordo com os termos do contrato do qual esta passa a fazer parte integrante. Para todos os efeitos jurídicos e legais. Declaro também ter recebido o Manual de Orientações de Plano de Saúde (MPS) e Guia de Leitura Contratual (GLC).

Avaré

de

de

.

Assinatura do Proponente

Assinatura do Contratante

Declaro para os devidos fins que o acolhimento do meu pedido de portabilidade de carências pela Unimed de Avaré Cooperativa de Trabalho Médico acarretará o cancelamento do meu contrato de plano de saúde firmado com a operadora de origem

Atenção: Esta proposta somente terá validade com a apresentação de cópia dos seguintes documentos RG, CPF, cartão do SUS, comprovante de residência, certidão de nascimento dos dependentes, certidão de casamento do titular ou certidão de união estável e atestado de matrícula para filhos entre 21 e 24 anos. Para planos coletivos apresentar também: Carteira de trabalho ou GFIP, declaração de vínculo ou associativo. Em caso de exclusão é obrigatório a entrega dos cartões magnéticos junto a proposta.

1ª Via - Unimed / 2ª Via - Contratante

Vendedor:

ANS nº 30.412-3