

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:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

Telefone:

CNPJ / CPF:

RG:

Contrato:

(Exclusivo a PF) Nome Mãe do Contratante:

Data Nasc.:

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 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:

Titular:

24 à 28 anos:

49 à 53 anos:

Vencimento Mensalidade:

Dependentes:

29 à 33 anos:

54 à 58 anos:

Boleto

Total Beneficiários:

34 à 38 anos:

Acima 59 anos:

Débito C/C

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

Vendedor:

Data de Cadastro:

Assinatura do Proponente

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.

Assinatura do Contratante

1ª Via - Unimed / 2ª Via - Contratante

ANS nº 30.412-3