

INCLUSÃO E AUTORIZAÇÃO DESCONTO PARA PLANO DE SAÚDE

Autorizo a minha inscrição e da(s) pessoa(s) abaixo indicada(s) no plano de saúde, objeto da contratação firmada com a Unimed-Rio Cooperativa de Trabalho Médico do Rio de Janeiro Ltda., com vigência após o término do período de experiência.

TIPOS DE PLANO	
☐ Nao desejo aderir.	☐ Delta 2 Quarto Particular Desconto de 72,30 por Vida.
☐ Personal Quarto Coletivo Exclusivo para Estagiários	☐ Ômega Plus Quarto Particular Desconto de 115,87 por Vida.
☐ Alfa 2 Quarto Coletivo Isento de Mensalidade	☐ Ômega Plat. Quarto Particular (Diretoria) Desconto de 198,48 por Vida.

Estou ciente que os planos contemplam as coberturas do SOS Unimed e Unimed Dental e que as condições relativas à gratuidade e aos preços são válidas enquanto o usuário titular mantiver a condição de empregado ativo junto a Unimed-Rio.

Caso o valor a ser descontado do colaborador referente a mensalidade seja maior que 10% do salário nominal, o colaborador será cadastrado no plano imediatamente inferior a opção escolhida,.

DADOS DO TITULAR				
NOME:		CPF:		DT.NASC.:
FUNÇÃO:		MÃE:		
UNIDADE:		MATRICULA:		ADMISSÃO:

DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)			
NOME DO DEPENDENTE	CPF	GRAU DE PARENTESCO	DATA DE NASCIEMNT0

Declaro estar ciente das condições contratuais do plano das condições da inclusão.

* O Titular poderá incluir como dependentes: Filho(a) solteiro até 24 anos, Cônjuge ou Companheiro(a) com comprovação de união estável.

* As inclusões fora do prazo de 30 dias a contar da data de admissão, de casamento ou nascimento, deverão cumprir as carências contratuais.

* Estou ciente háverá desconto de valores referente a coparticipação na utilização do plano nos casos descritos na tabela abaixo. Esta regra não se aplica a Estagiários.

Procedimentos → Valor Copart	
Consulta Eletiva	10,00
Consulta em Pronto Atendimento	15,00
Exame Básico	5,00
Exame Especial	15,00
Terapia	5,00

Carências em Inclusões Fora do Prazo.	
Urgência/Emergência.	24 Horas
Consultas e exames simples.	30 Dias
Pequenos procedimentos cirúrgicos	90 Dias
Exames radiológicos.	90 Dias
Exames e procedimentos complexos.	180 Dias
Partos a termo.	300 Dias

Autorizo o desconto em folha referente ao meu plano e dos meus dependentes, conforme opção escolhida, bem como dos valores relativos a coparticipação nos procedimentos.

Rio de Janeiro, ____/____/____