

Alterações no material de comercialização - PF

3° trimestre/2017



Material de comercialização PF - 3° trimestre



A Unimed-Rio realizou ajustes no material de comercialização que serão válidos a partir do 3° trimestre:

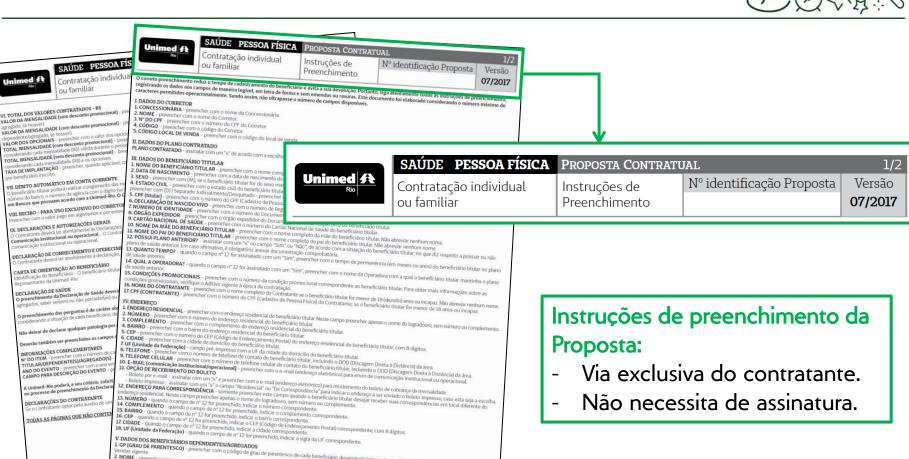
 As instruções de preenchimento foram transferidas para o início da Proposta Contratual. Com isso, o cliente poderá destacar a folha única e verificar de que forma deverá preencher cada campo da Proposta, evitando possíveis erros.

Obs.: Essa via é exclusiva do contratante e <u>não</u> necessita de assinaturas.

- Os produtos sem coparticipação, com abrangência nacional (Alfa 2, Beta 2, Delta 2 e Ômega Plus) foram incluídos na primeira página da Proposta Contratual. Sendo assim, a "Declaração de Produtos Nacionais" não será mais utilizada.
- A tabela "VI. TOTAL DOS VALORES CONTRATADOS" teve o seu formato alterado para contemplar os valores sem desconto promocional e com desconto promocional, quando for o caso.
- O texto que trata sobre o "DESCONTO PROMOCIONAL" que constava na declaração de produtos nacionais foi transferido para o aditivo promocional.
- A marcação dos opcionais SOS Unimed e Transporte Aeromédico foram retirados da proposta contratual, pois devem ser contratados exclusivamente em documentação própria "Proposta Opcionais - Versão 04/2016".
- A Proposta Pessoa Física Dental foi toda reformulada para seguir o mesmo padrão da Proposta Pessoa Física Saúde.

Proposta Contratual - Pessoa Física





- Via exclusiva do contratante.
- Não necessita de assinatura.

Les grands of Parish (1994) - pretender our of congole grand or percentación of characteristica de percentación of caracteristica de caracteristica de percentación of caracteristica de percentación de per 8. NOME DA MAR - preencher com o nome completo da mae de cada beneficiano dependente/agregado inscrito, não atrieviar nemium nome.
9. DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO - preencher com o número da Declaração de Nascido Vivo para cada beneficiário dependente/agregado nascido a partir de 1º de Janeiro de 2010. 10. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE - preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde de cada beneficiário dependente/agregado. Contact Center/SAC: 4020 3861 e 0800 179 3821 - Deficiente Auditivo/Fala: 0800 286 0234 ANS - Nº 39.332-1

V. DAJDOS DOS BINNEJ KLIARIOS DEPENDENT ENAGRICADOS.
L. GP (GRAU DE PARENTESCO) - preencher com o código de grau de parentesco de cada beneficiário dependente/agregado, conforme apresentado no informativo de

DECLARAÇÕES DO CONTRATANTE

TODAS AS PÁGINAS QUE NÃO CONT

→ Via exclusiva Contratante

Proposta Contratual - Pessoa Física



<u>Unimed</u>	IA I	ação individual	PROPOSTA CONTRATUAL N° identificação Proposta Fisancia à Unimed-filo O7/20
DADOS I . Nome	DO CORRETOR	1. Concessi	sionária 5. Cód. Loca 3. CPF 4. Código de venda
. DADOS	DO PLANO COI	NTRATADO	
			Sem Coparticipação
	Rede	Registro ANS	
	fa 2	467.667/12-0	*
Be	ta 2	467.669/12-6	·
De	elta 2	467.671/12-8	Unimed Delta 2 - Individual ou Familiar - Versão 10/2016
Bei De Ôn	nega Plus	467.700/12-5	Unimed Ômega Plus – Individual ou Familiar – Versão 10/201
Olle			Com Coparticipação
o la company	Rede	Registro ANS	Contrato
Un	niPart Básico QC	474.213/15-3	UniPart Rio Básico QC - Individual ou Familiar - Versão 01/20
Un	niPart Básico QP	474.212/15-5	UniPart Rio Básico QP - Individual ou Familiar - Versão 01/20
Un	niPart Especial	474.211/15-7	UniPart Rio Especial - Individual ou Familiar - Versão 01/201
I. DADOS	S DO BENEFICIÁ o Beneficiário Tit	ÁRIO TITULAR tular	
I. DADOS	S DO BENEFICIÁ o Beneficiário Tit	ÁRIO TITULAR tular	R
Nome do	s DO BENEFICIÁ o Beneficiário Tit Nasc. 3. Sexude Identidade	ÁRIO TITULAR tular o 4. Est. Civil	R 5. CPF do Titular 6. Declaração de Nascido Vivo io Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde
Nome de Data de Número	s DO BENEFICIÁ o Beneficiário Tit Nasc. 3. Sex	o 4. Est. Civil	R 5. CPF do Titular 6. Declaração de Nascido Vivo
Data de Número	s DO BENEFICIÁ o Beneficiário Tit Nasc. 3. Sexi de Identidade da Mãe do Bene	ÁRIO TITULAR tular o 4. Est. Civil 8. Orgão	R 5. CPF do Titular 6. Declaração de Nascido Vivo io Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde
Data de Número Nome do Número Número Nome do Número	S DO BENEFICIÁ o Beneficiário Tit Nasc. 3. Sexi de Identidade da Mãe do Bene do Pai do Benefici	ÁRIO TITULAR tular o 4. Est. Civil 8. Orgão eficiário Titular ciário Titular	S. CPF do Titular 6. Declaração de Nascido Vivo io Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde
Data de Número D. Nome de L. Nome	S DO BENEFICIÉ o Beneficiário Tit Nasc. 3. Sexi de Identidade da Mãe do Bene do Pai do Benefic Plano Anterior?	ÁRIO TITULAR tular o 4. Est. Civil 8. Orgão eficiário Titular ciário Titular	R. 5. CPF do Titular 6. Declaração de Nascido Vivo io Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde
I. DADOS Nome de Data de Número D. Nome de L. Nome de L. Possui	S DO BENEFICIÁ o Beneficiário Tit Nasc. 3. Sex de Identidade da Mãe do Beneficiário Plano Anterior? — Sim (anexar dos do Contratante (S	ÁRIO TITULAR tular o 4. Est. Civil 8. Orgão eficiário Titular ciário Titular c. comprobatória) Se o titular for meno	S. CPF do Titular 6. Declaração de Nascido Vivo io Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde
I. DADOS Nome de Número D. Nome e L. Nome c P. Nome o D.	S DO BENEFICIÁ o Beneficiário Tit Nasc. 3. Sex de Identidade da Mãe do Beneficiário Plano Anterior? — Sim (anexar dos do Contratante (S	ÁRIO TITULAR tular o 4. Est. Civil 8. Orgão eficiário Titular ciário Titular c. comprobatória)	S. CPF do Titular 6. Declaração de Nascido Vivo io Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde 13. Qto. Tempo? 14. Qual Operadora? 15. Cond. Promociona nor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante
I. DADOS Nome de Data	S DO BENEFICIÁ o Beneficiário Tit Nasc. 3. Sex de Identidade da Mãe do Benefic do Pai do Benefic Plano Anterior? Sim (anexar dos do Contratante (s	ÁRIO TITULAR tular o 4. Est. Civil 8. Orgão eficiário Titular ciário Titular c. comprobatória)	S. CPF do Titular 6. Declaração de Nascido Vivo io Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde 13. Qto. Tempo? 14. Qual Operadora? 15. Cond. Promociona nor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 2. Número 4. Bairro 7. UF 8. DDD Telefone
I. Nome of Número O. Nome of Número I. Nome of Nimero I. Nome of Nimero I. Nome of Nimero V. ENDER	S DO BENEFICIÉ o Beneficiário Tit Nasc. 3. Sexe da Mãe do Bene do Pai do Benefic Plano Anterior? Sim (anexar dos do Contratante (s mento plano Anterior) REÇO o Residencial (Rumento	ARIO TITULAR tular o 4. Est. Civil 8. Orgão eficiário Titular ciário Titular co. comprobatória) se o titular for meno ua, Av., Tv., Pς.) 6. Cidade	5. CPF do Titular 6. Declaração de Nascido Vivo io Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde 13. Qto. Tempo? 14. Qual Operadora? 15. Cond. Promociona or de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 2. Número 4. Bairro

II. D <i>I</i>	ADOS DO PLANO COI	NTRATADO						
	Sem Coparticipação							
	Rede	Registro ANS	Contrato					
	Alfa 2	467.667/12-0	Unimed Alfa 2 - Individual ou Familiar - Versão 10/2016					
lanc	Beta 2	467.669/12-6	Unimed Beta 2 - Individual ou Familiar - Versão 10/2016					
seu Plano	Delta 2	467.671/12-8 Unimed Delta 2 - Individual ou Familiar - Versão 10/20						
0	Ômega Plus	467.700/12-5	Unimed Ômega Plus – Individual ou Familiar – Versão 10/2016					
Selecione	Com Coparticipação							
leci	Rede	Registro ANS	Contrato					
Se	UniPart Básico QC	474.213/15-3	UniPart Rio Básico QC - Individual ou Familiar - Versão 01/2016					
	UniPart Básico QP	Básico QP 474.212/15-5 UniPart Rio Básico QP - Individual ou Familiar - Versão 01/2						
	UniPart Especial	474.211/15-7	UniPart Rio Especial - Individual ou Familiar - Versão 01/2016					
Obse	Observação: Verifique a disponibilidade dos planos no período da contratação							

Inclusão na Proposta Contratual dos produtos sem coparticipação, com abrangência nacional (Alfa 2, Beta 2, Delta 2 e Ômega Plus).

Proposta Contratual - Pessoa Física



ou familia	ão individual		CONTRATUAL N° ide	entificação Propo	osta Versão 07/2017
	ı	Reservado à Un	imed-Rio		07/2017
/I. TOTAL DOS VALORES O	CONTRATADOS	5 – R\$			
Valores Valor Mensalidade	Titular	1º Dep./Agr.	2º Dep./Agr.	3° Dep./Agr.	Subtotal
rator intensatidade sem desconto promociona	D				
/alor Mensalidade	9				
com desconto promociona	l)				
/alor Opcionais					
otal Mensalidade	\ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \ \				
com desconto promociona	l) Valor da A	Nensalidade du	rante o período	promocional	
otal Mensalidade	. Valor da	Mensalidade a	pós o período p	romocional	
sem desconto promociona	l)		· · · · ·		
Taxa de implantação		Valor únic	o por contrato		
II. DÉBITO AUTOMÁTICO Nome do Banco 2. Nº			Não □ Sim (F	reencher em cas	C \
utomático. O boleto será en III. RECIBO (para uso excl	viado para o e-r usivo do Corret	e cobrança enqu nail indicado no	s dados cadastr	ente/Dígito não apresentar o	aviso de débite
utomático. O boleto será en //III. RECIBO (para uso excl	viado para o e-r usivo do Corret	e cobrança enqu nail indicado no	uanto o mesmo r os dados cadastr	ente/Dígito não apresentar o	aviso de débito
ATENÇÃO: Efetue o pagame utomático. O boleto será en /III. RECIBO (para uso excl. condicionalmente à vigênci correspondente ao total do iente de que esta Proposta inimed-Rio, dentro de 2 (do de de d	usivo do Corret a do contrato, i s valores do pro	e cobrança enqu nail indicado no or) recebi a import duto e opciona demais docume	uanto o mesmo r us dados cadastra cância de R\$ ul(is) contratados entos exigidos d	ente/Dígito inão apresentar o ais do Beneficiári s e a taxa de implevem ser entreg	aviso de débito lo Titular.
utomático. O boleto será en //III. RECIBO (para uso excl condicionalmente à vigênci orrespondente ao total dos iente de que esta Proposta	usivo do Corret a do contrato, i s valores do pro	e cobrança enqu nail indicado no or) recebi a import duto e opciona demais docume	uanto o mesmo r so dados cadastri cância de R\$ al(is) contratado: entos exigidos d acordo com as	ente/Dígito inão apresentar o ais do Beneficiári s e a taxa de implevem ser entreg	aviso de débito lo Titular. plantação. Esto gues na Sede o atuais.

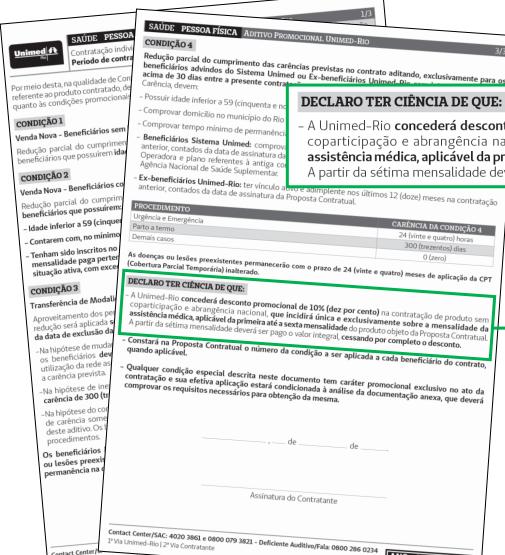
Nova tabela com o total dos valores contratados:

A tabela com o total dos valores contratados teve seu formato alterado.

O novo modelo foi padronizado ao formato que constava na declaração de produtos nacionais, descriminando os valores das mensalidades com e sem desconto promocional.

Aditivo Promocional - Pessoa Física





1ª Via Unimed-Rio | 2ª Via Contratante

Contact Center/

1ª Via Unimed-Rio | 2ª Via Con

ANS - Nº 39.332-1

- A Unimed-Rio concederá desconto promocional de 10% (dez por cento) na contratação de produto sem coparticipação e abrangência nacional, que incidirá única e exclusivamente sobre a mensalidade da assistência médica, aplicável da primeira até a sexta mensalidade do produto objeto da Proposta Contratual. A partir da sétima mensalidade deverá ser pago o valor integral, cessando por completo o desconto.

Desconto promocional:

A texto sobre o desconto promocional nas 6 primeiras mensalidades para os produtos sem coparticipação foi transferido para a página 3/3 do aditivo promocional (Versão O7/2017).

Opcionais - Pessoa Física



II. DADOS DO PLANO CONTRATADO Saúde com Coparticipação Rede Registro ANS UniPart Básico QC 474.213/15-3 UniPart Rio Básico QC - Individual ou Familiar - Versão 01/2016 UniPart Básico QP 474.212/15-5 UniPart Rio Básico QP - Individual ou Familiar - Versão 01/2016 UniPart Especial 474.211/15-7 UniPart Rio Especial - Individual ou Familiar - Versão 01/2016 Opcionais SOS Unimed □ Transporte Aeromédico III. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR 1. Nome do Beneficiário Titular 2. Data de Nasc. 3. Sexo 4. Est. Civil 5. CPF do Titular 6. Declaração de Nascido Vivo 7. Número de Identidade 8. Orgão Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde 10. Nome da Mãe do Beneficiário Titular 11. Nome do Pai do Beneficiário Titular 12. Possui Plano Anterior? 13. Qto. Tempo? 14. Qual Operadora? 15. Cond. Promocional(is 16. Nome do Contratante (Se o titular for menor de Idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 17. ENDEREÇO 18. Endereço Residencial (Rua, Av, Tv, Pç) 19. DDD Celular 10. E-mail (comunicação institucional/operacional) 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: □ Du impresso no endereço: □ Residencial □ De correspondência □ O boleto poderá ser obtido no site www.unimedrio.com.br de forma ágil e segura. 12. Endereço para Correspondência (Rua, Av, Tv, Pç) 13. Número	Unimed 1	atação individual miliar	Reservado à Unimed-Rio	Nº identificação Propo	1/3 osta Versão 04/2016
Rede Registro ANS Contrato UniPart Básico QC 474.213/15-3 UniPart Rio Básico QC - Individual ou Familiar - Versão 01/2016 UniPart Básico QP 474.212/15-5 UniPart Rio Básico QP - Individual ou Familiar - Versão 01/2016 UniPart Especial 474.211/15-7 UniPart Rio Básico QP - Individual ou Familiar - Versão 01/2016 Opcionais SOS Unimed □ Transporte Aeromédico III. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR 1. Nome do Beneficiário Titular 1. Nome do Hentidade 8. Orgão Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde 10. Nome da Mãe do Beneficiário Titular 11. Nome do Pai do Beneficiário Titular 11. Nome do Pai do Beneficiário Titular 11. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 12. Possui Plano Anterior? 13. Qto. Tempo? 14. Qual Operadora? 15. Cond. Promocional(is Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante IV. ENDEREÇO 1. Endereço Residencial (Rua, Av., Tv., Pç.) 2. Número 5. CEP 6. Cidade 7. UF 8. DDD Telefone 9. DDD Celular 10. E-mail (comunicação institucional/operacional) 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: 12. Endereço para Correspondência (Rua, Av., Tv., Pç.) 13. Número 14. Complemento 15. Bairro 14. Complemento 15. Bairro 16. CEP 17. Cidade 18. UF	I. DADOS DO CORRETO 2. Nome	OR 1. Concess		4. Código	
Rede	II. DADOS DO PLANO (CONTRATADO			
UniPart Básico QC 474.213/15-3 UniPart Rio Básico QC - Individual ou Familiar - Versão 01/2016 UniPart Básico QP 474.212/15-5 UniPart Rio Básico QP - Individual ou Familiar - Versão 01/2016 UniPart Especial 474.211/15-7 UniPart Rio Especial - Individual ou Familiar - Versão 01/2016 Opcionais SOS Unimed Transporte Aeromédico III. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR 1. Nome do Beneficiário Titular 2. Data de Nasc. 3. Sexo 4. Est. Civil 5. CPF do Titular 6. Declaração de Nascido Vivo 7. Número de Identidade 8. Orgão Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde 10. Nome da Mãe do Beneficiário Titular 11. Nome do Pai do Beneficiário Titular 11. Nome do Pai do Beneficiário Titular 11. Nome do Ontratante (se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 11. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 11. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 11. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 12. Possui Plano Anterior? 13. Qto. Tempo? 14. Qual Operadora? 15. Cond. Promocional(is 16. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 18. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 19. DAD Telefone R. J. UF 8. DDD Telefone R. J. UF 8. DDD Telefone G. Cidade Oboleto poderá ser obtido no site www.unimedrio.combr de forma ágil e segura. 10. E-mail Oboleto poderá ser obtido no site www.unimedrio.combr de forma ágil e segura. 11. Complemento 15. Bairro 14. Complemento 15. Bairro			aúde com Coparticipação		
UniPart Básico QP 474.212/15-5 UniPart Rio Básico QP - Individual ou Familiar - Versão 01/2016 UniPart Especial 474.211/15-7 UniPart Rio Especial - Individual ou Familiar - Versão 01/2016 Opcionais SOS Unimed Transporte Aeromédico III. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR 1. Nome do Beneficiário Titular 2. Data de Nasc. 3. Sexo 4. Est. Civil 5. CPF do Titular 6. Declaração de Nascido Vivo 7. Número de Identidade 8. Orgão Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde 10. Nome da Mãe do Beneficiário Titular 11. Nome do Pai do Beneficiário Titular 11. Nome do Pai do Beneficiário Titular 11. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 11. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 11. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 12. Possui Plano Anterior? 13. Qto. Tempo? 14. Qual Operadora? 15. Cond. Promocional(is Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 16. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 17. L'ENDEREÇO 18. Endereço Residencial (Rua, Av., Tv., Pç.) 29. DDD Celular 10. E-mail (comunicação institucional/operacional) 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: 20 impresso no endereço: Residencial De correspondência Do boleto poderá ser obtido no site www.unimedrio.combr de forma ágil e segura 19. E-mail Du impresso no endereço: Residencial De correspondência Do boleto poderá ser obtido no site www.unimedrio.combr de forma ágil e segura 19. E-mail Du impresso no endereço: Residencial De correspondência Do boleto poderá ser obtido no site www.unimedrio.combr de forma ágil e segura 19. E-mail Di impresso no endereço: Residencial De correspondência Do boleto poderá ser obtido no site www.unimedrio.combr de forma ágil e segura 19. E-mail Di impresso no endereço: Residencial De correspondência Do boleto poderá ser obtido no site www.unimedrio.combr de forma ágil e segura		-			
UniPart Especial 474.211/15-7 UniPart Rio Especial - Individual ou Familiar - Versão 01/2016 Opcionais SOS Unimed □ Transporte Aeromédico III. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR 1. Nome do Beneficiário Titular 2. Data de Nasc. 3. Sexo 4. Est. Civil 5. CPF do Titular 6. Declaração de Nascido Vivo 7. Número de Identidade 8. Orgão Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde 10. Nome da Mãe do Beneficiário Titular 11. Nome do Pai do Beneficiário Titular 12. Possui Plano Anterior? 13. Qto. Tempo? 14. Qual Operadora? 15. Cond. Promocional(is Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 17. ENDEREÇO 18. Lendereço Residencial (Rua, Av., Tv., Pç.) 20. Cepp 10. E-mail (comunicação institucional/operacional) 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: 12. Endereço para Correspondência (Rua, Av., Tv., Pç.) 13. Número 14. Complemento 15. Bairro 15. Bairro 16. CEP 17. Cidade 18. UF					
Opcionais SOS Unimed	UniPart Básico QP	474.212/15-5 L	JniPart Rio Básico QP - Ind	ividual ou Familiar – Ver	são 01/2016
III. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR 1. Nome do Beneficiário Titular 2. Data de Nasc. 3. Sexo 4. Est. Civil 5. CPF do Titular 6. Declaração de Nascido Vivo 7. Número de Identidade 8. Orgão Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde 10. Nome da Mãe do Beneficiário Titular 11. Nome do Pai do Beneficiário Titular 12. Possui Plano Anterior? 13. Qto. Tempo? 14. Qual Operadora? 15. Cond. Promocional(is Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 16. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 17. ENDEREÇO 18. Lendereço Residencial (Rua, Av., Tv., Pç.) 20. Número 21. Número 22. Número 23. Complemento 44. Bairro 45. CEP 46. Cidade 77. UF 8. DDD Telefone R. J.	UniPart Especial	474.211/15-7 L	JniPart Rio Especial – Indiv	idual ou Familiar – Versâ	io 01/2016
1. Nome do Beneficiário Titular 2. Data de Nasc. 3. Sexo 4. Est. Civil 5. CPF do Titular 6. Declaração de Nascido Vivo 7. Número de Identidade 8. Orgão Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde 10. Nome da Mãe do Beneficiário Titular 11. Nome do Pai do Beneficiário Titular 11. Nome do Pai do Beneficiário Titular 11. Nome do Contratante (Se o titula for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 16. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 17. ENDEREÇO 18. Endereço Residencial (Rua, Av., Tv., Pç.) 29. DDD Celular 100. E-mail (comunicação institucional/operacional) 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: 12. E-mail 13. Número 14. Complemento 15. Bairro 15. Bairro 16. CEP 17. Cidade 18. UF	Opcionais □ SOS Unimed □ Trans	sporte Aeromédico			
1. Nome do Beneficiário Titular 2. Data de Nasc. 3. Sexo 4. Est. Civil 5. CPF do Titular 6. Declaração de Nascido Vivo 7. Número de Identidade 8. Orgão Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde 10. Nome da Mãe do Beneficiário Titular 11. Nome do Pai do Beneficiário Titular 11. Nome do Pai do Beneficiário Titular 11. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 16. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 17. ENDEREÇO 18. Endereço Residencial (Rua, Av., Tv., Pç.) 29. DDD Celular 10. E-mail (comunicação institucional/operacional) 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: 20. Umpresso no endereço: Residencial De correspondência Coulour incapacio de forma ágil e segura. 21. Endereço para Correspondência (Rua, Av., Tv., Pç.) 21. Número 22. Residencial De correspondência (Rua, Av., Tv., Pç.) 33. Número 34. Complemento 15. Bairro 35. Bairro 36. CEP 17. Cidade 18. UF	III. DADOS DO BENEFI	CIÁRIO TITULAE	·		
2. Data de Nasc. 3. Sexo 4. Est. Civil 5. CPF do Titular 6. Declaração de Nascido Vivo 7. Número de Identidade 8. Orgão Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde 10. Nome da Mãe do Beneficiário Titular 11. Nome do Pai do Beneficiário Titular 12. Possui Plano Anterior? 13. Qto. Tempo? 14. Qual Operadora? 15. Cond. Promocional(is 16. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 15. Cond. Promocional(is 16. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 15. Cond. Promocional(is 16. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 15. Cond. Promocional(is 16. Nome do Contratante 16. CEP 10. E-mail (comunicação institucional/operacional) 16. CEP 17. Cidade 17. UF 8. DDD Telefone 18. UF 15. Bairro 15. Bairro 15. Bairro 15. Bairro 15. Bairro 16. CEP 17. Cidade 18. UF	 Nome do Beneficiário 	Titular	•		
7. Número de Identidade 8. Orgão Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde 10. Nome da Mãe do Beneficiário Titular 11. Nome do Pai do Beneficiário Titular 12. Possui Plano Anterior? 13. Qto. Tempo? 14. Qual Operadora? 15. Cond. Promocional(is Sim (anexar doc. comprobatória) 16. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 10. ENDEREÇO 11. Lendereço Residencial (Rua, Av., Tv., Pç.) 2. Número 22. Número 23. Complemento 4. Bairro 24. Bairro 25. CEP 6. Cidade 7. UF 8. DDD Telefone R. J J J J J J J J J J J J J J J J J J					
7. Número de Identidade 8. Orgão Expedidor 9. Cartão Nacional de Saúde 10. Nome da Mãe do Beneficiário Titular 11. Nome do Pai do Beneficiário Titular 12. Possui Plano Anterior? 13. Qto. Tempo? 14. Qual Operadora? 15. Cond. Promocional(jis Sim (anexar doc. comprobatória) 16. Nome do Contratante (se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 17. ENDEREÇO 1. Endereço Residencial (Rua, Av., Tv., Pç.) 2. Número 3. Complemento 4. Bairro 5. CEP 6. Cidade 7. UF 8. DDD Telefone R. J 9. DDD Celular 10. E-mail (comunicação institucional/operacional) 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: Cou impresso no endereço: Residencial De correspondência Oboleto poderá ser obtido no site www.unimedrio.combr de forma ágil e segura. 12. Endereço para Correspondência (Rua, Av., Tv., Pç.) 13. Número 14. Complemento 15. Bairro 16. CEP 17. Cidade 18. UF	2. Data de Nasc. 3. S	exo 4. Est. Civil	5. CPF do Titular	6. Declaração de N	Vascido Vivo
10. Nome da Mãe do Beneficiário Titular 11. Nome do Pai do Beneficiário Titular 12. Possui Plano Anterior? □ 13. Qto. Tempo? 14. Qual Operadora? 15. Cond. Promocional(is 16. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 17. CPF Contratante 18. DDD 18. DDD				ىتىئىتىنا ك	
10. Nome da Mãe do Beneficiário Titular 11. Nome do Pai do Beneficiário Titular 12. Possui Plano Anterior? 13. Qto. Tempo? 14. Qual Operadora? 15. Cond. Promocional(is Sim (anexar doc comprobatória) 16. Nome do Contratante (se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 18. Número 2. Número 3. Complemento 4. Bairro 5. CEP 6. Cidade 7. UF 8. DDD Telefone R J 9. DDD Celular 10. E-mail (comunicação institucional/operacional) 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: □ Lemail Ou impresso no endereço: □ Residencial □ De correspondência			o Expedidor 9. (Cartão Nacional de Saúc	le
13. Qto. Tempo? 14. Qual Operadora? 15. Cond. Promocional(is Nāo Sim (anexar doc. comprobatória) 16. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 17. ENDEREÇO 1. Endereço Residencial (Rua, Av., Tv., Pç.) 2. Número 3. Complemento 4. Bairro 5. CEP 6. Cidade 7. UF 8. DDD Telefone R. J Bairro 10. E-mail (comunicação institucional/operacional) 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: 12. Endereço para Correspondência (Rua, Av., Tv., Pç.) 13. Número 14. Complemento 15. Bairro 14. Complemento 15. Bairro					
12. Possui Plano Anterior? 13. Qto. Tempo? 14. Qual Operadora? 15. Cond. Promocional(is Não Sim (anexar doc. comprobatória) 16. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 17. ENDEREÇO 1. Endereço Residencial (Rua, Av., Tv., Pç.) 2. Número 3. Complemento 4. Bairro 5. CEP 6. Cidade 7. UF 8. DDD Telefone R. J Bairro 10. E-mail (comunicação institucional/operacional) 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: Ou impresso no endereço: Residencial De correspondência 12. Endereço para Correspondência (Rua, Av., Tv., Pç.) 13. Número 14. Complemento 15. Bairro 14. Complemento 15. Bairro 15. CEP 17. Cidade 18. UF					
12. Possui Plano Anterior? Não □ Sim (anexar doc comprobatória) 13. Qto. Tempo? 14. Qual Operadora? 15. Cond. Promocional(is 16. Nome do Contratante (Se o titular for menor de idade ou incapaz) 17. CPF Contratante 18. Número 19. Número 19. Número 19. CEP 10. E-mail (comunicação institucional/operacional) 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: 10. E-mail 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: 12. Endereço para Correspondência (Rua, Av, Tv, Pç.) 13. Número 14. Complemento 15. Bairro 15. Bairro 16. CEP 17. Cidade 18. UF					
IV. ENDEREÇO 1. Endereço Residencial (Rua, Av., Tv., Pç.) 2. Número 3. Complemento 4. Bairro 5. CEP 6. Cidade 7. UF 8. DDD Telefone R. 9. DDD Celular 10. E-mail (comunicação institucional/operacional) 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: □ E-mail Ou impresso no endereço: □ Residencial □ De correspondência ○ boleto poderá ser obtido no site www.unimedrio.combr de forma ágil e segura. 12. Endereço para Correspondência (Rua, Av., Tv., Pç.) 13. Número 14. Complemento 15. Bairro 16. CEP 17. Cidade 18. UF	12. Possui Plano Anterio □ Não □ Sim (anexar	or? doc. comprobatória)	13. Qto. Tempo? 14. Qua	al Operadora? 15. Cond	l. Promocional(is)
1. Endereço Residencial (Rua, Av, Tv, Pç.) 2. Número 3. Complemento 4. Bairro 5. CEP 6. Cidade 7. UF 8. DDD Telefone R. 9. DDD Celular 10. E-mail (comunicação institucional/operacional) 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: Cu impresso no endereço: Residencial □ De correspondência □ O boleto poderá ser obtido no site www.unimedrio.com.br de forma ágil e segura. 12. Endereço para Correspondência (Rua, Av, Tv, Pç.) 13. Número 14. Complemento 15. Bairro 16. CEP 17. Cidade 18. UF	16. Nome do Contratant	e (Se o titular for mer	1 '	F Contratante	
3. Complemento 4. Bairro 5. CEP 6. Cidade 7. UF 8. DDD Telefone R J 10. E-mail (comunicação institucional/operacional) 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: □ E-mail □ Ou impresso no endereço:□ Residencial □ De correspondência □ Oboleto poderá ser obtido no site www.unimedrio.com.br de forma ágil e segura. 12. Endereço para Correspondência (Rua, Av., Tv., Pç.) 13. Número 14. Complemento 15. Bairro 16. CEP 17. Cidade 18. UF	IV. ENDEREÇO	(5 5)			
3. Complemento 4. Bairro 5. CEP 6. Cidade 7. UF 8. DDD Telefone R. 9. DDD Celular 10. E-mail (comunicação institucional/operacional) 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: □ E-mail □ Ou impresso no endereço: □ Residencial □ De correspondência ○ O boleto poderá ser obtido no site www.unimedrio.combr de forma ágil e segura. 12. Endereço para Correspondência (Rua, Av., Tv., Pç.) 13. Número 14. Complemento 15. Bairro 16. CEP 17. Cidade 18. UF		(Rua, Av., Tv., Pç.)			2. Número
5. CEP 6. Cidade 7. UF 8. DDD Telefone R J 9. DDD Celular 10. E-mail (comunicação institucional/operacional) 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: □ E-mail Ou impresso no endereço: □ Residencial □ De correspondência □ O boleto poderá ser obtido no site www.unimedrio.com.br de forma ágil e segura. 12. Endereço para Correspondência (Rua, Aw, Tv, Pç.) 13. Número 14. Complemento 15. Bairro 16. CEP 17. Cidade 18. UF	3. Complemento			4. Bairro	
9. DDD Celular 10. E-mail (comunicação institucional/operacional) 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: E-mail					
9. DDD Celular 10. E-mail (comunicação institucional/operacional) 11. Opto por receber o boleto da seguinte forma: □ E-mail Ou impresso no endereço: □ Residencial □ De correspondência O boleto poderá ser obtido no site www.unimedrio.combr de forma ágil e segura. 12. Endereço para Correspondência (Rua, Av., Tv., Pç.) 13. Número 14. Complemento 15. Bairro 16. CEP 17. Cidade 18. UF					
□ E-mail □ De correspondência	9. DDD Celular				
O boleto poderá ser obtido no site <u>www.unimedrio.com.br</u> de forma ágil e segura. 12. Endereço para Correspondência (Rua, Av., Tv., Pç.) 13. Número 14. Complemento 15. Bairro 16. CEP 17. Cidade 18. UF		oleto da seguinte		CD-M	10.
12. Endereço para Correspondência (Rua, Av., Tv., Pç.) 13. Nůmero 14. Complemento 15. Bairro 16. CEP 17. Cidade 18. UF	⊥ E-mail				
14. Complemento 15. Bairro 16. CEP 17. Cidade 18. UF	, ,	spondência (Rua,	Av., Tv., Pς.)	www.a.iiiiiediio.coiii.bii de ioima	
16. CEP 17. Cidade 18. UF	14. Complemento				
		17 Cidada			
Rubrica		17. Cidade		10. UF	
					Rubrica

Modelo antigo



Opcionais:

- Retirada da marcação na primeira página da proposta.
- A contratação dos serviços deve ser feita via documentação própria.

Proposta Opcionais

Opcionais - Pessoa Física

relação contratual, independente de aviso prévio.

1ª Via Unimed-Rio | 2ª Via Contratante | 3ª Via Corretor

Assinatura do(a) Contratante

ANS - Nº 39.332-1

Contact Center/SAC: 4020 3861 e 0800 079 3821 - Deficiente Auditivo/Fala: 0800 286 0234



							<i>></i> ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~ ~
Unimed A SAÚDE Pessoa Física Ágil 30 PROPOST. Individual ou Familiar Empresarial de 02 a 29 beneficiários SOS Unimed	N° identif	icação Proposta Valor Unitário 1	Versão 04/2016 Valor 'otal (R\$)			rsão	
Atendimento médico domiciliar e pré-hospitalar em caso de condição clínica caracterizada como de urgência ou emergência no município do Rio de Janeiro, Grande Rio, Niterói e São Gonçalo.					04/	2016	
Transporte Aeromédico	Quantidade Beneficiários	Valor Unitário T	Valor otal (R\$)				
Transporte por meio de aeronave de paciente que esteja em situação de emergência com risco à vida, de um centro médico hospitalar para outro com melhores recursos de atendimento.							
EXCLUSIVO PARA MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL PESSOA FÍSICA Código do Beneficiário Titular Nome do	SOS Uni	imed			Quantidade Beneficiários	Valor Unitário	Valor Total (R\$)
ÁGIL 30 CNPJ da Empresa Razão Social da Importante	Atendim condição no muni	ento méo o clínica co cípio do Ri	dico dor aracteriz o de Jan	iciliar e pré-hospitalar em caso de da como de urgência ou emergência iro, Grande Rio, Niterói e São Gonçalo.			
A inclusão do beneficiário titular como participante do(s) Opcional(ais) acarrel agregados eventualmente inscritos, conforme condições previstas em contr	Transpo	orte Aeron	nédico		Quantidade Beneficiários	Valor Unitário	Valor Total (R\$)
DECLARAÇÕES GERAIS Declaro que: 1. Recebi informações completas e suficientes para a perfeit contratado(s) com a Unimed-Rio e estou ciente e de acordo o	Transpo situação hospital	rte por m de emerg ar para ou	eio de a gência co tro com	eronave de paciente que esteja em m risco à vida, de um centro médico nelhores recursos de atendimento.			
 As condições particulares dos serviços apresentados ta www.unimedrio.com.br. As cláusulas e condições estab direitos e obrigações em caso de dúvidas. 	elecidas prevai	ecem sempre	oara definir				
3. Os serviços apresentados são complementares ao produto a não sendo disponíveis para contratação avulsa.			20	Os valores o	dos anciar	nais con	tratados
4.Os serviços serão prestados pelas seguintes empresas: o SOS S/A; e o Transporte Aeromédico, pela Unimed Transporte Ae se o direito de contratar essas assistências com outras pesso	romédica MG L	tda. A Unimed-I	Rio reserva-	continuam			

continuam sendo indicados na tabela "VI. TOTAL DOS VALORES CONTRATADOS" da Proposta Contratual. Slide 5.

Proposta Contratual - Pessoa Física Dental



	DEN	Unimed #	ENTAL PESSOA FÍS	CA PROPOSTA CONTRATUAL	
imed <u>A</u>	Unimed At Cont			PROPOSTA CONTRATUAL	
Rio	ou fa	00	ramiliar	Nº j	dentificação Proposta Ve
2 2700 1711 0075	O correto preenchimento reduz o ter registrando os dados nos campos de	I. DADOS DO CORRE	TOR 1. Concession		07/
TAL DOS VALORES C R DA MENSALIDADE (caracteres permitidos operacionalm I. DADOS DO CORRETOR	2. Nome			William or
do, se houver). R DA MENSALIDADE	CONCESSIONÁRIA – preencher co NOME – preencher com o nome d			. CPF	4. Código 5. Cód. Loc de venda
R DOS OPCIONAIS - I	 N° DO CPF - preencher com o nún CÓDIGO - preencher com o códig 	II. DADOS DO PLANO	CONTRACTOR		4. Codigo de venda
derando cada mensali L MENSALIDADE (se	5. CÓDIGO LOCAL DE VENDA - pre-	DI			
derando cada mensau DE IMPLANTAÇÃO -	II. DADOS DO PLANO CONTRATAL PLANO CONTRATADO – assinalar co	Y Unimed Dental	Registro ANS		
eneficiário inscrito.	III. DADOS DO BENEFIÇIÁRIO TIT	A Offitted Dental	466.719/12-1	Unimed Deptal Asia Asia	nto
DÉBITO AUTOMÁTIC neficiário titular pode	 NOME DO BENEFICIÁRIO TITUL DATA DE NASCIMENTO - preen 			Unimed Dental - Individual/Fa	miliar - UD 001/0214
ero do banco, o núme Sancos que possuam :	 SEXO – preencher com (M), se o ESTADO CIVIL – preencher com 	Cobertura Adicional			
PECTRO - PARA USO	preencher com (D) Separado Judi 5. CPF (titular) – preencher com o 6. DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIV	Unimed Dental 2	Aditivo Unimado	Contrato	
ncher com o valor pa	 DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIV NÚMERO DE IDENTIDADE - pri 	Observação: Verifique a	disponibilidad De	contrato ntal 2 - Individual/Familiar - UD lanos no período da contrataçã	001/0214
DECLARAÇÕES E AU ontratante deverá ler	 ÓRGÃO EXPEDIDOR - preench CARTÃO NACIONAL DE SAÚDI 	100	1	lanos no período da contratação	3 31/0214
nunicação institucion nunicação institucion	11 NOME DO PALDO RENEEICIÁ	THE DADOS DO BENEFIC	TADIO mimis	ataga,	^
DAS AS PÁGINAS QU		1. Nome do Beneficiário	Titular		
	plano de saúde anterior. Em caso 13. QUANTO TEMPO? – quando de saúde anterior.		Lilia		
	14. QUAL A OPERADORA? - qua				FIFTER
	15. CONDIÇÕES PROMOCIONA condições promocionais, verifiq	2. Data de Nasc. 3. Se	xo 4. Est. Civil 5. C	25.1	
	16. NOME DO CONTRATANTE -	3.56	L S. C.	PF do Titular 6. De	claração de Nascido Vivo
	IV. ENDEREÇO	Número de Identidade	8. Orgão Expe	alt d	
	1. ENDEREÇO RESIDENCIAL - p	- I I I I I I		9. Cartão Naci	onal de Saúde
	3. COMPLEMENTO – preenche 4. BAIRRO – preencher com o	D. Nome da Mãe do Bene	ficiário Titular		
	5. CEP - preencher com o núm		DIT FOR FOR		
	6. CIDADE – preencher com a 7. UF (Unidade da Federação) 8. TELEFONE – preencher cor	. Nome do Pai do Benefio	:/		TELLIFICA
	O TELEFONE CELLILAD			ET ET ET	
	10. E-MAIL (comunicação in: 11. OPÇÃO DE RECEBIMENT	Possui Plano Anterior?			
		- on Hallexar doc	comprobatória)	o. Tempo? 14. Qual Operadora	15. Cond. Promocional(is)
	12. ENDEREÇO PARA CORRI endereço residencial. Neste	Nome do Contratante (Se	o titular for menor de ida	de ou incapaz) 17. CPF Contratante	Torriocional(is)
	13. NÚMERO – quando o car 14. COMPLEMENTO – quar		J. J	17. CPF Contratante	
	15. BAIRRO - quando o cam 16. CEP - quando o campo IV	ENDEREÇO			
	17. CIDADE – quando o cam 18. UF (Unidade da Federae 1, Er	ndereco Resident			
	V. DADOS DOS BENEFICIA	ndereço Residencial (Rua	, Av., Tv., Pç.)		
		omplemento			2. Número
	3. DATA DE NASCIMENTO	ptcmento		/ Data	
	4. SEXO - preencher com 5. EST.CIVIL - preencher c	P P		4. Bairro	
	Divorciado – preencher co 6. CPF – preencher com o		Cidade		
	7. CONDIÇÕES PROMOC informações sobre as cor 9. DD	D Celular		7. UF 8. I	DDD Telefone
	9. DECLARAÇÃO DE NAS	Lilia	10. E-mail (comu	nicação institucional/operaciona	
	janeiro de 2010. 10. CARTÃO NACIONAL			, se mattucional/operaciona	()
	Contact	Center/SAC: 4020 3863	000		
Contract Con	Contact Center/S	nimed-Rio 2º Via Contratante	800 079 3821 - Deficient	e Auditivo/Fala: 0800 286 0234	Rubrica
Contact Cer Via exclusiv	Via exclusiva Contratante	- o cont	via Corretor	7 200 0234	NS - Nº 39.332-1

Versão **07/2017**

A Proposta Pessoa Física Dental (Versão 07/2017) foi reformulada para seguir o mesmo padrão da Proposta Pessoa Física Saúde.



BOAS VENDAS!

Unimed #