

Individual ou Familiar
Empresarial de 02 a 29 beneficiários

Reservado à Unimed-Rio

Nº identificação Proposta

Versão
01/2018

SOS Unimed	Quantidade Beneficiários	Valor Unitário	Valor Total (R\$)
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.			
Transporte Aeromédico	Quantidade Beneficiários	Valor Unitário	Valor Total (R\$)
Transporte por meio de aeronave e/ou ambulância 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 Beneficiário Titular

ÁGIL 30

CNPJ da Empresa

Razão Social da Empresa

Importante

A inclusão do beneficiário titular como participante do(s) Opcional(ais) acarretará a inclusão de todos os seus respectivos dependentes/agregados eventualmente inscritos, conforme condições previstas em contrato.

DECLARAÇÕES GERAIS**Declaro que:**

1. Recebi informações completas e suficientes para a perfeita compreensão do(s) serviço(s) Opcional(ais) contratado(s) com a Unimed-Rio e estou ciente e de acordo com as condições estabelecidas.
2. As condições particulares dos serviços apresentados também estão disponíveis na íntegra no site **www.unimedrio.com.br**. As cláusulas e condições estabelecidas prevalecem sempre para definir direitos e obrigações em caso de dúvidas.
3. Os serviços apresentados são complementares ao produto assistencial contratado junto à Unimed-Rio, **não sendo disponíveis para contratação avulsa.**
4. Os serviços serão prestados pelas seguintes empresas: o *SOS Unimed*, pela *Cuidar Emergências Médicas S/A*; e o *Transporte Aeromédico*, pela *Uniair Administração Participações e Serviços Médicos de Urgência Ltda*. **A Unimed-Rio reserva-se o direito de contratar essas assistências com outras pessoas jurídicas a qualquer momento durante a relação contratual, independente de aviso prévio.**

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do(a) Contratante