

Individual ou Familiar
Empresarial de 02 a 29 beneficiários

Reservado à Unimed-Rio

Nº identificação Proposta

Versão
03/2020

SOS Unimed	Quantidade Beneficiários	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Atendimento médico nos casos de urgência ou emergência com orientação telefônica ou atendimento no local, conforme avaliação da Central de Regulação. Quando indicado, o cliente será transferido para a rede credenciada. Válido nos municípios do Rio de Janeiro, Grande Rio*, Niterói e São Gonçalo.			
Transporte Aeromédico	Quantidade Beneficiários	Valor Unitário (R\$)	Valor Total (R\$)
Transporte em ambulâncias e/ou aeronaves nos casos de emergência, de um hospital sem suporte necessário à continuidade do tratamento, para outro com suporte adequado, na rede credenciada, conforme indicação médica e avaliação da equipe de transporte.			

*Grande Rio = Belford Roxo, Duque de Caxias, Japeri, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Queimados e São João de Meriti.

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:

- 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.
- 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.
- Os serviços apresentados são complementares ao produto assistencial contratado junto à Unimed-Rio, **não sendo disponíveis para contratação avulsa.**
- Os serviços serão prestados pelas seguintes empresas: o *SOS Unimed*, pela *CTI COR – Centro de Tratamento Intensivo Ltda*; e o *Transporte Aeromédico*, pela *Unimed Transporte Aeromédica MG 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

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

Exclusivo para Representante Legal/RH da Empresa:

Contact Center/SAC: (21) 3861 9051 (Exclusivo p/ Rep. Legal/RH da Empresa) e **0800 286 3821**

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

ANS - Nº 39.332-1