



TERMO DE ADESÃO

Coletivo por Adesão - Titular

Nº

Nome do Beneficiário (Titular)

Nome da Mãe do Beneficiário

Valor do Plano do Titular R\$

Nome do Pai do Beneficiário

Nome do Responsável (Se o beneficiário for menor de idade)

Data de Vencimento

Ocupação

Data de Nascimento

Sexo

1 - Fem.
2 - Masc.

EC

1 - Solteiro 3 - Viúvo
2 - Casado 4 - Sep.

Endereço de Residencial

Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

Telefone

CPF

RG

Órgão Expedidor

UF

Data de Expedição

PIS/PASEP

Nome da Contratante

Nº. Do Cartão Nacional de Saúde - CNS

Nacionalidade

E-mail

Relação dos Dependentes

Cônjuge/Companheiro(a) / Filho(a) / Pai / Mãe / Sogro / Sogra / Irmão / Irmã / Neto(a) / Agregado

	Cód.	Nome do Dependente	Data de Nascimento	Sx.	EC	Valor do Plano R\$
01						
02						
03						
04						
05						
06						
07						
08						

Nome do Plano: _____

Nº de Registro na ANS

Porto Velho, ____ de ____ de ____

Assinatura do Beneficiário Titular ou Responsável

Beneficiário	Idade	Valor
Titular	_____	_____
Depend. 1	_____	_____
Depend. 2	_____	_____
Depend. 3	_____	_____
Depend. 4	_____	_____
Depend. 5	_____	_____

ATENÇÃO:

os valores indicados ao lado correspondem à mensalidade de implantação, a qual sofrerá alteração com o reajuste anual, e com a mudança de faixa etária de qualquer dos beneficiários. E será acrescentado o valor da coparticipação de todos os serviços utilizados, a ser cobrado juntamente com o valor da mensalidade, nos termos deste Contrato.

Agravo/ Cobertura Parcial Temporária

Ítem	Cód. Usuário	Eventos	Cobertura Parcial Temporária (dias) S/N	Agravo (R\$) S/N
01			<input type="checkbox"/> _____ dias	<input type="checkbox"/> R\$ _____
02			<input type="checkbox"/> _____ dias	<input type="checkbox"/> R\$ _____
03			<input type="checkbox"/> _____ dias	<input type="checkbox"/> R\$ _____
04			<input type="checkbox"/> _____ dias	<input type="checkbox"/> R\$ _____
05			<input type="checkbox"/> _____ dias	<input type="checkbox"/> R\$ _____
06			<input type="checkbox"/> _____ dias	<input type="checkbox"/> R\$ _____
07			<input type="checkbox"/> _____ dias	<input type="checkbox"/> R\$ _____
08			<input type="checkbox"/> _____ dias	<input type="checkbox"/> R\$ _____
09			<input type="checkbox"/> _____ dias	<input type="checkbox"/> R\$ _____

Data de Adesão ____/____/____

Data do Início da Vigência ____/____/____

Data da Entrega da Carteira/Cartão ____/____/____

ATENÇÃO USUÁRIO

*Leia com atenção o Termo de Adesão, a Declaração de Saúde e o Contrato de Prestação de Serviços.
*Os serviços não discriminados não terão cobertura deste contrato.

DECLARAÇÃO e TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro:

1. Que li, compreendi e aceito integralmente, sem restrições, os termos da contratação Coletivo por Adesão, que oferece Plano de Assistência à Saúde com cobertura prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação profissional, classista ou setorial, conforme conceituação constante no artigo 9º da Resolução Normativa da ANS – RN n.º 195/2009, pactuado pelo(a) _____

_____, que tem por objeto a prestação continuada de serviços na forma de Plano Privado de Assistência à Saúde, conforme previsto no inciso I, art. 1º da Lei n.º 9.656/98, abrangendo cobertura de serviços continuados de assistência médico-hospitalar, de natureza clínica, cirúrgica, de diagnóstico e terapia, com a cobertura dos tratamentos de doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas com a Saúde da Organização Mundial de Saúde, **cujos procedimentos constem no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, vigente à época do evento**, de acordo com a segmentação do produto, na forma e condições do contrato, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada da UNIMED PORTO VELHO.

2. Declaro que li, compreendi e aceito, as cláusulas do contrato, especialmente no que tange aos temas: tipo de contratação, área de abrangência geográfica, padrão de acomodação, valor da mensalidade, coberturas e procedimentos garantidos, exclusões de cobertura, duração do contrato, períodos de carências, atendimento de urgência e emergência, mecanismos de regulação, rede credenciada, garantia de atendimento, fator moderador (coparticipação), reajuste e rescisão/suspensão.

3. Que recebi o Manual de Orientação para contratação de planos de saúde, na forma da legislação em vigor.

Porto Velho, ____ de _____ de _____

Assinatura do Beneficiário Titular ou Responsável

DECLARAÇÃO e TERMO DE RESPONSABILIDADE

4. Que realizei a perícia médica e a entrevista qualificada, preenchi e assinei a Avaliação Clínica e, que se constatado no ato da adesão o conhecimento de doença ou lesão preexistente (DLP), cumprirei a Cobertura Parcial Temporária (CPT) que é a suspensão, por até 24 (vinte e quatro) meses, das coberturas para procedimentos de alta complexidade, internações cirúrgicas ou em leitos de alta tecnologia, relacionados exclusivamente à DLP declarada.
5. Que os pedidos de inclusão e exclusão de beneficiários (titular e dependentes) deverão ser feitos diretamente ao contratante para envio à operadora, responsável pela verificação das condições de elegibilidade e/ou dos documentos exigidos para comprovação.
- 5.1. Que, exclusivamente quando a Unimed, por meio de convênio, efetuar diretamente o desconto das mensalidades em folha de pagamento, poderei solicitar diretamente à Unimed Porto Velho, a inclusão e exclusão de beneficiários (titular e dependentes).
6. Que a cobrança das mensalidades e demais obrigações financeiras (coparticipações e franquias) decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde serão enviadas ao contratante em uma única fatura, cabendo ao mesmo o desconto e repasse à operadora.
- 6.1 Que, se a cobrança das mensalidades e demais obrigações financeiras (coparticipações, franquias, eventuais juros e multas por atraso) decorrentes da prestação de serviços de assistência à saúde forem pagas através de convênio com operadora, o valores não descontados em folha, deverão ser quitados diretamente ao contratante, observando as regras de inadimplência e exclusão do Plano.
7. Que tenho acesso à cópia digital do contrato coletivo por Adesão pactuado entre a Unimed Porto Velho e o(a) _____, o(a) qual me representa legalmente na operadora de saúde.
8. Que o cancelamento de inscrição de qualquer usuário somente poderá ser acolhido e processado mediante a devolução da respectiva carteira personalizada válida, obrigando-me a entregá-la e responsabilizando-me por todas as despesas indevidas realizadas após a data de exclusão do plano de saúde.
9. Que me responsabilizo integralmente por todo e qualquer débito decorrente de despesas efetuadas indevidamente por mim e meus dependentes a partir desta data.
10. Que a operadora disponibiliza o canal da Ouvidoria (presencial, por e-mail, telefone e pelo site www.unimedportovelho.coop.br) para tirar as dúvidas e solucionar minhas reclamações, pautada nos direitos do consumidor e nas regras de seu contrato.
11. Que o atendimento é restrito exclusivamente aos prestadores pertencentes à rede credenciada da Unimed Porto Velho, com o guia médico disponível no site: www.unimedportovelho.coop.br.
- 11.1. Que, caso tenha necessidade de atendimento em alguma especialidade não listada no guia médico disponível, devo contatar a Unimed Porto Velho para que me seja referendado o prestador que realizará o atendimento, nos termos da Resolução Normativa da ANS RN n.º 259/11.
12. Que o beneficiário titular e/ou dependente perderá a qualidade de beneficiário: por solicitação formal do contratante.
- 12.1. Que a exclusão do titular tem como consequência a exclusão de todo seu grupo de dependentes.
- 12.2. Que os dependentes, ao perder a qualidade de dependência exigida para sua inscrição, serão excluídos do plano.
13. Que faz parte do processo de inclusão no Plano coletivo por Adesão para fins de esclarecimento e comprovação cadastral e jurídica: o Termo de adesão, a Declaração de Saúde, Avaliação Clínica, Manual de orientação de Planos de Saúde e os documentos pessoais do titular e dependentes.
14. Que as informações por mim prestadas neste Termo de Adesão são verdadeiras assumindo integral responsabilidade perante Unimed Porto Velho e terceiros.

Porto Velho, _____ de _____ de _____

Assinatura do Beneficiário Titular ou Responsável