ANS - nº 32104-4

Unimed João Pessoa

PROPOSTA DE ADMISSÃO

PLANO COLETIVO POR ADESÃO

Mod. Termo Código

Nome da Empresa (Razão Social)

CNPJ

Lotação

ASSINATURA DA EMPRESA/ CARIMBO

Telefones

Início do Contrato

Nome do Titular

Endereço de Correspondência

Nº

Bairro

Cidade

UF

CEP

Data de Nascimento

Sexo
1 - Masc.
2 - Fem.

E.C.
1 - Solteiro
2 - Casado
3 - Viúvo
4 - Sep./Div.

Matrícula

Código do Titular (para inclusão de dependentes)

CPF

RG

Órgão Emissor

UF

Telefone do Titular

Nome da Mãe

Cartão do SUS

E-mail

DADOS DOS DEPENDENTES

Dep.

Nome do Dependente

CPF

RG

Órgão Emissor

UF

Sexo
1 - Masc.
2 - Fem.

E.C.
1 - Solteiro
2 - Casado
3 - Viúvo
4 - Sep./Div.

Nome da Mãe

Cartão do SUS

Data de Nascimento

Código

Dep.

Nome do Dependente

CPF

RG

Órgão Emissor

UF

Sexo
1 - Masc.
2 - Fem.

E.C.
1 - Solteiro
2 - Casado
3 - Viúvo
4 - Sep./Div.

Nome da Mãe

Cartão do SUS

Data de Nascimento

Código

Dep.

Nome do Dependente

CPF

RG

Órgão Emissor

UF

Sexo
1 - Masc.
2 - Fem.

E.C.
1 - Solteiro
2 - Casado
3 - Viúvo
4 - Sep./Div.

Nome da Mãe

Cartão do SUS

Data de Nascimento

Código

OPÇÕES - TIPO DE PLANOS | REGULAMENTADOS

☐ **UNIVIDA ESPECIAL PLUS I (467.611/12-4)**

Plano ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, sem coparticipação, acomodação: APARTAMENTO/Atendimento: Nacional

☐ **UNIVIDA ESPECIAL PLUS III (467.609/12-2)**

Plano ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, com coparticipação de 30%(consultas medicas, exames, terapias e/ou tratamentos, procedimentos e/ou cirurgias, internações em nível ambulatorial e Day Clinic. acomodação: APARTAMENTO/Atendimento: Nacional

☐ **UNIVIDA BÁSICO PLUS I (467.142/12-2)**

Plano ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, sem coparticipação, acomodação: ENFERMARIA/Atendimento: Nacional

☐ **UNIVIDA BÁSICO PLUS II (467.610/12-6)**

Plano ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, com coparticipação de 20%(consultas medicas, exames, terapias e/ou tratamentos, procedimentos e/ou cirurgias, internações em nível ambulatorial e Day Clinic. acomodação: ENFERMARIA/Atendimento: Nacional

☐ **UNICIDADE PLUS I (467.612/12-2)**

Plano ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, com coparticipação de 15%(consultas medicas e 20% sobre exames, terapias e/ou tratamentos, procedimentos e/ou cirurgias, internações em nível ambulatorial e Day Clinic. acomodação: ENFERMARIA/Atendimento: Local

☐ **UNICIDADE PLUS I (467.612/12-2)**

Plano ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, com coparticipação de 15%(consultas medicas e 20% sobre exames, terapias e/ou tratamentos, procedimentos e/ou cirurgias, internações em nível ambulatorial e Day Clinic. acomodação: ENFERMARIA/Atendimento: Local FRANQUIA de R$ 100,00 por internação.

☐ **SAÚDE II (467.086/12-8)**

Plano ambulatorial + hospitalar com obstetrícia, com coparticipação de 20%(consultas medicas e 30% sobre os exames, terapias e/ou tratamentos, procedimentos e/ou cirurgias, internações em nível ambulatorial e Day Clinic. acomodação: ENFERMARIA/Atendimento: Estadual (PB).

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS

Para o titular

a) RG e CPF
b) Comprovante de residência
c) Cartão do SUS
d) Comprovante de vínculo com a pessoa jurídica contratante

Para os dependentes

a) RG ou Certidão de Nascimento
b) Cartão do SUS
c) Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável, se houver.
d) CPF

Alterações Contratuais _____

Colaborador

_____
Assinatura do Titular

Recebido em _____/_____/____

USO EXCLUSIVO DA UNIMED JOÃO PESSOA

Vendedor

_____
Assinatura do Funcionário/Carimbo

Recebido em _____/_____/____

Cadastro

_____
Assinatura do Funcionário/Carimbo

Processado em _____/_____/____