

Ficha de Adesão

AUTORIZAÇÃO / INFORMAÇÕES DE ADESÃO

DADOS DO TITULAR									
Nome Completo*									
continuação			Nome da mãe*						
Data de nascimento*	Sexo*	RG*	Orgão emissor*	Data de expedição*	CPF*	Naturalidade*			
Estado Civil*	Endereço Residencial*								nº
Complemento			Bairro*	Cidade*	UF*	CEP*			
Telefone Residencial	Celular*	Telefone Comercial	Nº de registro/matricula						
E-mail:									
Nº do Cartão Nacional de Saúde (SUS)					Nº da Declaração de Nascido Vivo				
*Acomodação: APARTAMENTO () ou ENFERMARIA ()								Valor Individual: R\$	
DADOS DA EMPRESA									
Razão Social									
CNPJ			Ramo de Atividade						
DADOS DO DEPENDENTE									
1 - Nome Completo*									
continuação			Nome da mãe*						
Data de nascimento*	Sexo*	RG*	Orgão emissor*	Data de expedição*	CPF*	Parentesco			
Nº do Cartão Nacional de Saúde (SUS)					Nº da Declaração de Nascido Vivo				
*Acomodação: APARTAMENTO () ou ENFERMARIA ()								Valor Individual: R\$	
2 - Nome Completo*									
continuação			Nome da mãe*						
Data de nascimento*	Sexo*	RG*	Orgão emissor*	Data de expedição*	CPF*	Parentesco			
Nº do Cartão Nacional de Saúde (SUS)					Nº da Declaração de Nascido Vivo				
*Acomodação: APARTAMENTO () ou ENFERMARIA ()								Valor Individual: R\$	
3 - Nome Completo*									
continuação			Nome da mãe*						
Data de nascimento*	Sexo*	RG*	Orgão emissor*	Data de expedição*	CPF*	Parentesco			
Nº do Cartão Nacional de Saúde (SUS)					Nº da Declaração de Nascido Vivo				
*Acomodação: APARTAMENTO () ou ENFERMARIA ()								Valor Individual: R\$	
Nome do Vendedor									
Matrícula	CPF	Assinatura:							

Instruções para preenchimento:

- Favor preencher em letras maiúsculas legíveis.
- Os campos com (*) são obrigatórios..

Assinatura do Titular

Av. dos Holandeses, 07, Edf Metropolitan Market Place, Loja 09; Calhau.
São Luís – MA, CEP: 65071-380
E-mail: contato@igmcorretora.com.br
www.igmcorretora.com.br



AUTORIZAÇÃO / INFORMAÇÕES DE ADEÇÃO

Sirvo-me da presente para AUTORIZAR o **SINDSEMP** em proceder à cobrança(s) do(s) valor(es) devido(s) para minha utilização, bem como de meu(s) Dependente(s) e/ou Agregados, no Plano de Saúde Central Nacional Unimed inscrito na ANS sob o nº33967-9. De outra parte, declaro, para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as seguintes normas para utilização do Plano:

a.) Os Beneficiários dependentes devem estar inscritos no mesmo tipo de plano de saúde por mim optado.

b.) Havendo a possibilidade, conforme a determinação da **IGM Corretora de Seguros**, de alteração de Plano de Benefícios para outro que ofereça maior ou menor número de eventos cobertos, quaisquer solicitações nesse sentido serão estendidas, necessariamente, para todos.

c.) Qualificação do plano contratado:

Abrangência Geográfica: Nacional
Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia
Formação do Preço: Pré-pagamento
Razão Social: CENTRAL NACIONAL UNIMED – COOPERATIVA CENTRAL
CNPJ nº: 02.812.468/0001-06
Registro da operadora na ANS nº33967-9.
Classificação da operadora na ANS: COOPERATIVA MÉDICA
Endereço: Alameda Santos, nº 1827, 3º andar, Cerqueira Césas, CEP 01419-909, São Paulo/SP.
Contatos: e-mail: robert.oliveira@centralnacionalunimed.com.br

d.) Resumo do Contrato Central Nacional Unimed:

1. **Objeto:** Trata-se de Plano Privado de Assistência à Saúde, definido na Lei 9656 de 03 de junho de 1998, de prestação de serviços continuada, com cobertura de custos médico-hospitalares, de acordo com o do Rol de Procedimentos e Eventos médicos vigente, instituído pela Agência Nacional de Saúde Suplementar- ANS, e suas atualizações, com a cobertura de todas as doenças da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a saúde, através de profissionais ou serviços de saúde, integrantes da rede própria ou credenciada pela CONTRATADA.
2. **Cobertura e procedimentos garantidos:** Respeitados os prazos de carência, as exclusões e as coberturas estabelecidas nestas Condições Gerais, o BENEFICIÁRIO terá cobertura para as despesas ambulatoriais, hospitalares, exames complementares e serviços auxiliares listados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS, através do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde vigente à época do evento, relacionados às doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde (CID 10), nos termos do art.10 da Lei nº 9656/98, devendo ser observadas, ainda, as especificidades do art. 10-A da mesma Lei e o disposto nas Resoluções Normativas da ANS, no que se aplicam ao plano.
3. **Formação de Preço e Mensalidades:** As mensalidades são estabelecidas de acordo com a faixa etária em que cada beneficiário inscrito esteja enquadrado. Ocorrendo alteração na idade de qualquer dos beneficiários que importe em deslocamento para a faixa etária superior, a contraprestação pecuniária será aumentada automaticamente no mês seguinte ao do aniversário do beneficiário. Os aumentos decorrentes da mudança de faixa etária incidirão sobre o preço da faixa etária anterior, e não se confundem com reajuste financeiro anual.

AUTORIZAÇÃO / INFORMAÇÕES DE ADESÃO

4. **Quanto à rescisão:** Sem prejuízo das penalidades legais, o contrato será rescindido, mediante prévia notificação, nas seguintes situações:
- 4.1 - fraudes ou práticas de ilícito penal comprovada.
 - 4.2 - inadimplência por período superior a 60 (sessenta) dias cumulativos, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência do contrato, desde que a CONTRATANTE seja comprovadamente notificada até o 50º (quinquagésimo) dia da inadimplência.
 - 4.3 - por inadimplemento contratual por parte da Contratada;
 - 4.4 - se qualquer das partes infringirem as cláusulas do presente instrumento.

Antes de completado o período inicial de 12 meses, a rescisão do contrato poderá ser solicitada por qualquer das partes, observadas as seguintes condições:

- a. quando motivada por uma das hipóteses previstas acima, sem qualquer ônus.
- b. imotivadamente, sujeitando a parte que solicitou a rescisão ao pagamento de multa rescisória no valor de 100% (cem por cento) das mensalidades restantes para se completar este período.

É de responsabilidade da CONTRATANTE, no caso de rescisão deste contrato, recolher e devolver as respectivas carteiras de identificação, de propriedade da CONTRATADA.

e.) Perante o **IGM Corretora de Seguros** e perante terceiros, sou o (a) único (a) responsável pela correta utilização do Plano de Saúde ora adquirido, respondendo integralmente pelos atos praticados por mim e por qualquer de meus Dependentes.

f.) Havendo rasuras e/ou preenchimento incompleto do Quadro supra, a presente solicitação será considerada nula e sem efeito.

_____ -**MA** ____ / ____ / ____

Assinatura (Beneficiário Titular)

Av. dos Holandeses, 07, Edf Metropolitan Market Place, Loja 09; Calhau.
São Luís – MA, CEP: 65071-380
E-mail: contato@igmcorretora.com.br
www.igmcorretora.com.br