# **CONVÊNIO: UNIMED-BELÉM** (UNIMAX Nacional Enfermaria)

**FICHA DE ADESÃO**

|  |
| --- |
| DADOS DO TITULAR |
| Nome: Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| Matrícula: Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DADOS DOS DEPENDENTES | | |
| Nome | Data de Nascimento | Grau de parentesco |
| Clique ou toque aqui para inserir o texto. | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| Clique ou toque aqui para inserir o texto. | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| Clique ou toque aqui para inserir o texto. | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| Clique ou toque aqui para inserir o texto. | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | Clique ou toque aqui para inserir o texto. |
| Clique ou toque aqui para inserir o texto. | Clique ou toque aqui para inserir o texto. | Clique ou toque aqui para inserir o texto. |

Grau de Parentesco (esposa, esposo, filho, filha, companheira, companheiro)

Comprometo-me a pagar mensalmente através de débito automático no Banco do Brasil, boleto bancário ou transferência para a associação através da conta corrente nº 180.139-2 agência 3074-0 e comprovar transferência até o dia 10 do mês subsequente, o valor correspondente ao plano de saúde ao qual estou vinculado(a) através da ASIBAMA/PA.

No caso de não cumprimento do compromisso, **fico ciente que serei excluído(a) do plano de saúde**, bem como, caso receba **ressarcimento de assistência à saúde** (via contracheque), será comunicado à Coordenação de Benefícios do Recursos Humanos do Órgão/Sede, para **cancelamento e devolução do ressarcimento recebido indevidamente**.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura do Associado(a)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Local e data**

ANEXAR OS DOCUMENTOS

**Titular:** (Cópia) CPF, RG, contracheque, PIS ou PASEP e comprovante de residência.

**Conjugue:** (Cópia) CPF, RG, certidão de casamento ou declaração de união estável reconhecida em cartório.

**Filhos:** Cópia da certidão de nascimento, caso seja maior de idade cópia do RG e CPF.

**OBS: Filhos somente até 24 anos. E o referido plano não permite inclusão de pais.**

Período de Carências:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grupo de Serviços** | **Urgência** | **Eletivo** |
| Atendimento de urgência em pronto socorro | 24 horas | **------** |
| Consultas e exames de rotina | 30 dias | 30 dias |
| Exames básicos de diagnósticos | 180 dias | 180 dias |
| Exames especiais de diagnósticos | 180 dias | 180 dias |
| Procedimento terapêutico ambulatorial básico | 180 dias | 180 dias |
| Procedimento terapêutico ambulatorial especial | 180 dias | 180 dias |
| Internações hospitalares | 180 dias | 180 dias |
| Parto Normal ou Cesária | 300 dias | 300 dias |