**FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO EMPRESARIAL**

|  |
| --- |
| **RAZÃO SOCIAL**:       |
| **NOME FANTASIA:**       |
| **CARACTERÍSTICAS DO CONTRATO** |
| **CONTRATO:**       **EMPRESA**: | **EMPRESA:**       | **REGISTRO DO PRODUTO:**       |
| **ABRANGÊNCIA**:  | **FATOR MODERADOR**:   | **ACOMODAÇÃO:**  |
| **INCLUSÃO: [ ]** TITULAR **[ ]** DEPENDENTE **[ ]** RECÉM**-**NASCIDO **[ ]** MUDANÇA DE PLANO/PRODUTO |
| **DADOS DO TITULAR** |
| **NOME:**       | **VALOR DO PLANO: R$**       |
| **FILIAÇÃO:** |       |
|       |
| **DATA NASC.:**       | **SEXO:**  | **ESTADO CIVIL:**  |
| **CPF:**       | **RG:**       | **ÓRGÃO EXPEDIDOR**:       |
| **NATURALIDADE:**       | **DATA DE EMISSÃO:**  |
| **ENDEREÇO:**       | **Nº:**       |
| **BAIRRO:**       | **CEP:**  |
| **CIDADE**:       | **UF:**    | **COMPL.:**       |
| **TELEFONE**:       | **CELULAR:**       |
| **E-MAIL:**       | **CNS**:       |
| **DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)** |
| **DEP: 01** | **NOME:** |
| **DATA DE NASC.:** | **NATURALIDADE:** | **SEXO:**  |
| **FILIAÇÃO:**  | **PARENTESCO:**  |
| **CPF:**       | **RG:**       | **ORG. EXP:** | **DATA DE EMISSÃO:** |
| **CNS:**       | **ACOMODAÇÃO:**   | **VALOR DO PLANO: R$**       |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEP: 02** | **NOME:**  |
| **DATA DE NASC.:** | **NATURALIDADE:** | **SEXO:**  |
| **FILIAÇÃO:**  | **PARENTESCO:**  |
| **CPF:**       | **RG:**       | **ORG. EXP:** | **DATA DE EMISSÃO:** |
| **CNS:**       | **ACOMODAÇÃO:**   | **VALOR DO PLANO: R$**       |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEP: 03** | **NOME:** |
| **DATA DE NASC.:** | **NATURALIDADE:** | **SEXO:**  |
| **FILIAÇÃO:**  | **PARENTESCO:**  |
| **CPF:**       | **RG:**       | **ORG. EXP:** | **DATA DE EMISSÃO:** |
| **CNS:**       | **ACOMODAÇÃO:**   | **VALOR DO PLANO: R$**       |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEP: 04** | **NOME:**  |
| **DATA DE NASC.:** | **NATURALIDADE:** | **SEXO:**  |
| **FILIAÇÃO:** | **PARENTESCO:**  |
| **CPF:**       | **RG:**       | **ORG. EXP:** | **DATA DE EMISSÃO:** |
| **CNS:**       | **ACOMODAÇÃO:**   | **VALOR DO PLANO: R$**       |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEP: 05** | **NOME:**  |
| **DATA DE NASC.:** | **NATURALIDADE:** | **SEXO:**  |
| **FILIAÇÃO:**  | **PARENTESCO:**  |
| **CPF:**       | **RG:**       | **ORG. EXP:** | **DATA DE EMISSÃO:** |
| **CNS:**       | **ACOMODAÇÃO:**  | **VALOR DO PLANO: R$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **DEP: 06** | **NOME:** |
| **DATA DE NASC.:** | **NATURALIDADE:** | **SEXO:**  |
| **FILIAÇÃO:**  | **PARENTESCO:**  |
| **CPF:**       | **RG:**       | **ORG. EXP:** | **DATA DE EMISSÃO:** |
| **CNS:**       | **ACOMODAÇÃO:**  | **VALOR DO PLANO: R$** |
| **OBSERVAÇÕES:** |
|       |
|       |
|       |
|       |

Declaro ter lido e tomado perfeita ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas do Termo de Adesão anexo, compreendendo o teor das Tabelas de Referência e seus critérios de utilização, bem como todas as condições e formas de pagamento e estou ciente que esta proposta (ficha de inscrição) é parte do contrato ora firmado com a empresa acima citada.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|       |  |  |
| **LOCAL E DATA** |  | **EMPRESA CONTRATANTE** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **REPRESENTANTE COMERCIAL** |  | **TITULAR E/OU RESPONSÁVEL** |

**DECLARAÇÃO**

[ ]  Plano Coletivo / Adesão

[ ]  Plano Coletivo / Empresarial

[ ]  Plano Individual / Familiar

[ ]  Plano Referência

Pelo presente instrumento, **DECLARO**, para os devidos fins e efeitos, que, nesta data, recebemos da

UNIMED SOBRAL– SOCIEDADE COOPERATIVA MÉDICA LTDA., inscrita no CNPJ sob o nº 07.649.106./0001-60, Operadora de plano de Saúde registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 30317-8 com sede na Av. Dom José Tupinambá da Frota, nº 1951,Centro - CEP 62010-290, em Sobral/CE, o **Guia de LeituraContratual – GLC**, o **Manual de Orientação** para contratação de planos de saúde - MPS, a que se refere a resolução Normativa nº 195 e demais dispositivos de regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS , e o **Guia Médico** na versão atualizada (impresso ou por e-mail), pelo que afirmo a presente declaração, a qual será tida por firme e valiosa em qualquer tempo e lugar.

|  |
| --- |
| **NOME DO(A) BENEFICIÁRIO(A)** |
| Titular)      |
| Dep.1)      |
| Dep.2)      |
| Dep.3)      |
| Dep.4)      |
| Dep.5)      |
|  Dep.6)      |

|  |
| --- |
|       |
| **LOCAL E DATA DE VIGÊNCIA** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **ASSINATURA DO(A) TITULAR E/OU RESPONSÁVEL** |  | **ASSINATURA DO(A) REPRESENTANTE COMERCIAL** |

**FORMULÁRIO DE VARIAÇÃO**

1. Os percentuais estão definidos de acordo com as regras da Resolução Normativa n° 63 da ANS. As faixas etárias e os percentuais de reajuste são:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FAIXAS** | **IDADES** | **VARIAÇÃO (%)** |
| 1ª | 00 – 18 anos | - |
| 2ª | 19 – 23 anos | 14,99% |
| 3ª | 24 – 28 anos | 15,02% |
| 4ª | 29 – 33 anos | 14,99% |
| 5ª | 34 – 38 anos | 10,00% |
| 6ª | 39 – 43 anos | 15,01% |
| 7ª | 44 – 48 anos | 26,83% |
| 8ª | 49 – 53 anos | 33,53% |
| 9ª | 54 – 58 anos | 33,00% |
| 10ª | >= 59 anos | 37,39% |

1. O valor fixado para a última faixa etária não poderá ser superior a seis vezes o valor da primeira faixa etária.
2. A variação acumulada entre a sétima e a décima faixa não poderá ser superior à variação acumulada entre a primeira e a sétima faixa.
3. A variação de preços em razão de mudança de faixa etária incidirá apenas quando o BENEFICIÁRIO completar a idade limite, ou seja, no mês subsequente ao do seu aniversário.
4. Os BENEFICIÁRIOS com mais de 59 (cinquenta e nove) anos de idade, ou seja, com 60 ou mais anos, estarão isentos do aumento decorrente de modificação por faixa etária, permanecendo apenas a aplicação do reajuste financeiro anual na forma prevista neste contrato.
5. O contratante obriga-se a pagar a Unimed, por si e por seus dependentes inscritos neste contrato, os valores correspondentes as mensalidades iniciais previstas na tabela de preços vigente, de acordo com as faixas etárias e variações percentuais que venham ocorrer.

|  |
| --- |
|       |
| **LOCAL E DATA DE VIGÊNCIA** |
|  |
| **ASSINATURA DO(A) TITULAR E/OU RESPONSÁVEL** |