



VALORES DE MENSALIDADE			VALORES DE COPARTICIPAÇÃO			
Enfermaria			Procedimentos		Enfermaria	
Idades	Valor			Rede	Fora da Rede	
0 - 18	R\$	76,05	Consultas médicas	R\$	21,51	R\$ 63,77
19 - 23	R\$	91,25	Consultas em Pronto Atendimento	R\$	27,04	R\$ 56,83
24 - 28	R\$	113,15	Exames/ Procedimentos / Terapias Reduzidas	R\$	15,98	R\$ 18,09
29 - 33	R\$	140,29	Exames/ Procedimentos / Terapias Diferenciadas	R\$	24,57	R\$ 42,38
34 - 38	R\$	157,12	Internação (valor uma única vez para todo o período de internação)	R\$	98,30	R\$ 109,57
39 - 43	R\$	163,42	COPARTICIPAÇÃO	• 60% do valor da internação a partir do 31º dia até o 60º		
44 - 48	R\$	205,90	PSIQUIÁTRICA	• 80% do valor da internação a partir do 61º dia de internação		
49 - 53	R\$	234,74	VALORES DE SERVIÇOS OPCIONAIS			
54 - 58	R\$	279,31	Serviço	Prestador	Cobertura	Preço unitário
Acima de 59	R\$	455,29	ODONTOLOGIA	UNIMED ODO	UNIMED ODONTO	R\$ 15,60

DADOS PESSOAIS

Nome completo (sem abreviações): _____ Matrícula: _____

Sexo: Masculino Feminino Data Nascimento: _____ Estado Civil: _____ Nacionalidade: _____

CPF: _____ Nome completo da mãe (sem abreviações): _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Logradouro: _____ Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

CONTATO

Telefone: _____ Ramal: _____ Celular: _____ E-mail: _____

DADOS PROFISSIONAIS

Convênio: _____ Data da admissão: _____

PLANO ODONTOLÓGICO

Sim Não

DADOS PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTES

Dependente 1 (sem abreviações): _____ Parentesco: _____

Sexo: Masculino Feminino Data Nascimento: _____ Estado Civil: _____ Nacionalidade: _____

CPF: _____ Nome completo da mãe (sem abreviações): _____

Plano Odontológico: Sim Não

Dependente 2 (sem abreviações): _____ Parentesco: _____

Sexo: Masculino Feminino Data Nascimento: _____ Estado Civil: _____ Nacionalidade: _____

CPF: _____ Nome completo da mãe (sem abreviações): _____

Plano Odontológico: Sim Não

Dependente 3 (sem abreviações): _____ Parentesco: _____

Sexo: Masculino Feminino Data Nascimento: _____ Estado Civil: _____ Nacionalidade: _____

CPF: _____ Nome completo da mãe (sem abreviações): _____

Plano Odontológico: Sim Não

AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO

- Autorizo o desconto o valor equivalente a 50% do plano de saúde.
- Autorizo o desconto integral do valor da mensalidade para o(s) meu(s) dependente(s).
- Autorizo o desconto dos valores pertinentes ao(s) procedimento(s) feito (s) com o plano de saúde.

OBS: A RETIRADA DA CARTEIRINHA SERÁ NO RH-AMAS DE RESPONSABILIDADE DO FUNCIONÁRIO

Local /Data: _____ Assinatura: _____

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO

Titular: cópia da identidade, CPF, comprovante de residência. **Obs.:** se o funcionário estiver migrando de outro plano da Unimed-BH é necessária a CÓPIA do Termo de Permanência de Carência.

Dependente: cópia da identidade, CPF, cópia da certidão de casamento. **Obs.:** cópia da certidão de nascimento caso não tenha identidade. Cópia do Termo de Permanência de Carência, se estiver migrando de outro Plano da Unimed-BH.