



**PLANO NACIONAL DE SAÚDE UNIMED UNARECEITA**

**TERMO DE ESCOLHA DE PLANO E OPCIONAIS**

Eu, \_\_\_\_\_, CPF: \_\_\_\_\_, autorizo minha inclusão e de meus dependentes ao plano e opcionais abaixo discriminados:

A **UNARECEITA – União Nacional dos Analistas-Tributários da Receita Federal do Brasil** mantém contrato com a Operadora **UNIMED RIO COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO LTDA.**, a qual terá obrigação pelas coberturas de Assistência Médica, sendo a UNARECEITA apenas a contratante.

- O plano oferece cobertura total, ambulatorial e hospitalar com obstetrícia, já adequado à lei 9656/98 que regulamenta os Planos de Saúde, com serviços de Assistência Médico-Hospitalar, de Diagnóstico e Terapia que constam no Rol de procedimentos e eventos em saúde;
- Serão considerados usuários titulares os associados normalmente inscritos na UNARECEITA;
- Serão considerados beneficiários dependentes: **Sem limite de idade:** Cônjuge ou Companheiro(a), Filhos, Enteados, Tutelados, Netos, Bisnetos, Irmãos, Sobrinhos, Cunhados, Noras e Genros. **Com limite de idade:** Menores sob guarda.
- Os associados poderão optar pelos seguintes planos oferecidos contratualmente:

**COBERTURA TOTAL COM ABRANGÊNCIA ESTADUAL NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO:**

- PERSONAL QUARTO COLETIVO** - ACOMODAÇÃO EM QUARTO COLETIVO E REDE PERSONAL;
- PERSONAL QUARTO PRIVATIVO** - ACOMODAÇÃO EM QUARTO PRIVATIVO E REDE PERSONAL;

**COBERTURA TOTAL COM ABRANGÊNCIA NACIONAL:**

- ALFA** - ACOMODAÇÃO EM QUARTO COLETIVO E REDE ALFA;
  - BETA** - ACOMODAÇÃO EM QUARTO PRIVATIVO E REDE BETA;
  - DELTA** - ACOMODAÇÃO EM QUARTO PRIVATIVO E REDE DELTA;
  - OMEGA** - ACOMODAÇÃO EM QUARTO PRIVATIVO E REDE OMEGA.
- SISTEMA NACIONAL UNIMED é o conjunto de todas as Unimeds, cooperativas de trabalho médico, constantes no guia médico, associadas entre si ou vinculadas contratualmente, para a prestação de serviços aos usuários;
  - O guia médico, a relação de médicos, hospitais e demais serviços podem ser obtidos exclusivamente da UNIMED RIO através do site [www.unimedrio.com.br](http://www.unimedrio.com.br) ou telefone (21) 40203861.

**PLANOS E OPCIONAIS**

( ) PERSONAL QUARTO COLETIVO ( ) PERSONAL QUARTO PRIVATIVO ( ) ALFA ( ) BETA ( ) DELTA ( ) OMEGA

OPCIONAIS: ( ) DENTAL: R\$ 24,55 ( ) PACOTE(SOSUNIMED+SOSVIAGEM+TRANSPORTEAEROMÉDICO):R\$ 19,18

ASSOCIADO	NOME	PLANO	DENTAL	PACOTE	TOTAL
TITULAR					
TOTAL:					

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que li, estou ciente e de acordo, aceitando e ratificando todos os termos, cláusulas e condições deste instrumento. Assim sendo, autorizo minha inclusão como associado (a) Titular e de meu dependente(s) à UNIMED. Assino o presente termo anexando a cópia da cédula de identidade para conferência da assinatura.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura