



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 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