

() NOVA ADESÃO () INCLUSÃO DE DEPENDENTE

**IDENTIFICAÇÃO
DADOS USUÁRIO TITULAR**

1	Nome					DEP	Data Nasc.	Sexo	EC
	Endereço					Bairro	Cidade		
	UF	CEP	Nome do pai			Nome da mãe			
	RG	Órgão emissor	País Emissor	CPF	Valor mensalidade	Telefone de Contato			

DADOS USUÁRIOS DEPENDENTES

2	Nome					DEP	Data Nasc.	Sexo	EC
	Endereço					Bairro	Cidade		
	UF	CEP	Nome do pai			Nome da mãe			
	RG	Órgão emissor	País Emissor	CPF	Valor mensalidade	Telefone de Contato			

3	Nome					DEP	Data Nasc.	Sexo	EC
	Endereço					Bairro	Cidade		
	UF	CEP	Nome do pai			Nome da mãe			
	RG	Órgão emissor	País Emissor	CPF	Valor mensalidade	Telefone de Contato			

4	Nome					DEP	Data Nasc.	Sexo	EC
	Endereço					Bairro	Cidade		
	UF	CEP	Nome do pai			Nome da mãe			
	RG	Órgão emissor	País Emissor	CPF	Valor mensalidade	Telefone de Contato			

5	Nome					DEP	Data Nasc.	Sexo	EC
	Endereço					Bairro	Cidade		
	UF	CEP	Nome do pai			Nome da mãe			
	RG	Órgão emissor	País Emissor	CPF	Valor mensalidade	Telefone de Contato			

--	--

Produto Opcional: () 1 () 2 () 3 () 4 () 5

DEP: Grau de dependência: 01 - titular, 02 - esposo(a), 03 - companheiro(a), 04 - filho(a), 07 - filho(a) adotivo(a), 09 - Outros
• DN = Data de nascimento • EC = Estado Civil: 1 - Solteiro(a), 2 - Casado(a), 3 - Viúvo(a), 4 - Separado(a), 5 - Divorciado(a), 10 - Outros

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins e efeitos, que, na condição de USUÁRIO TITULAR, acima qualificado, tenho pleno conhecimento e aceito os termos, cláusulas e condições do contrato de assistência à saúde do qual requeiro minha adesão. A qual será analisada e liberada pelo **SIMTO para cadastramento junto a Unimed Porto Alegre.**

De outra parte, autorizo o **SIMTO**, empresa contratante, a descontar, mensalmente, dos meus proventos salariais, os valores referentes à decorrentes da contraprestação econômica mensal e demais compromissos financeiros decorrentes do destacado Plano de Assistência à saúde, objeto desta solicitação de adesão.

Em caso de inadimplência, tenho ciência da exclusão do convênio médico, sujeito ao cumprimento normal das carências conforme contrato de adesão através do **SIMTO**.

Faixas Etárias	Unifácil Ambulatorial	Unifácil Global	Unipart Global	Unimax Global Semi	Unimax Global Privativo
0 - 18	49,04	141,34	183,68	262,95	331,13
19 - 23	56,40	162,54	211,23	302,39	380,80
24 - 28	64,83	186,85	242,82	347,62	437,75
29 - 33	74,59	214,98	279,38	399,95	503,65
34 - 38	85,77	247,20	321,26	459,90	579,15
39 - 43	99,50	286,78	372,69	533,53	671,86
44 - 48	120,39	346,99	450,93	645,54	812,92
49 - 53	156,54	451,16	586,31	839,34	1056,97
54 - 58	211,31	609,03	791,48	1133,05	1426,84
59 acima	293,90	847,05	1100,79	1575,86	1984,46

COPARTICIPAÇÕES

Atendimento	% de Participação	Valor Unifácil	Valor Unipart	Valor Unimax
Consultas Eletivas	-	R\$ 10,00	R\$ 37,97	R\$ 42,87
Consultas Urgência/Emergência		R\$ 30,00	R\$ 61,70	R\$ 69,66
Consulta Puericultura - Pediatria		R\$ 30,80	R\$ 73,61	R\$ 79,57
Consultas Psiquiátricas		R\$ 33,54	R\$ 62,64	R\$ 70,73
Sessões de Psicoterapia c/ Psiquiatra		R\$ 33,54	R\$ 62,64	R\$ 70,73
Consultas/Sessões c/ Psicólogo		R\$ 33,83	R\$ 51,25	R\$ 51,25
Consulta Foniatria		R\$ 33,54	R\$ 62,64	R\$ 70,73
Sessões de Fonoaudiologia		R\$ 33,83	R\$ 51,25	R\$ 51,25
Consulta/Sessão - Terapia Ocupacional		R\$ 33,83	R\$ 51,25	R\$ 51,25
Consulta/Sessão - Nutricionista		R\$ 33,83	R\$ 51,25	R\$ 51,25
Sessões de Acupuntura		R\$ 24,37	R\$ 45,57	R\$ 45,57
Estimulação Elétrica Transcutânea		R\$ 33,30	R\$ 62,27	R\$ 62,27
Fisioterapia	40%	Cfe solicitação do médico	Cfe solicitação do médico	Cfe solicitação do médico
Internações Psiquiátricas	50%	Conforme nº de diárias realizadas	Conforme nº de diárias realizadas	Conforme nº de diárias realizadas
Oxigenoterapia Hiperbárica	40%	Cfe número de sessões	Cfe número de sessões	Cfe número de sessões
Exames Simples e Complementares	20%	R\$ 100,00 **	R\$ 175,00**	-
Internações	-	R\$ 130,00*	R\$ 275,00*	-

** Exames Isentos em laboratórios próprios.

* Franquia por Internação.

Local

Data

Assinatura do Usuário Titular