**UNIMED MOCOCA**

Para adesão no convênio médico da Unimed Mococa é necessário enviar a ficha de cadastro termo de compromisso e **Declaração de Saúde** devidamente preenchidos e assinados e anexar cópia dos documentos relacionados abaixo, considerando a inclusão de dependentes.

**TITULAR**

* Cópia do RG
* Cópia do CPF
* Cópia do PIS / Cópia cartão do SUS
* Cópia do comprovante de residência

**DEPENDENTES:**Cônjuge, filhos solteiros até 21 anos, filhos solteiros inválidos (comprovação de dependência pelo INSS), companheiro que comprove união estável registrada em cartório, filhos adotivos com menos de doze anos de idade.

**DOCUMENTOS NECESSARIOS**

Filho recém nascido:

* Cópia da Certidão de Nascimento
* Cópia do Teste do Pezinho

Filhos solteiros menores de 21 anos

Filhos solteiros menores de 24 anos, quando cursando faculdade

Filhos solteiros inválidos (comprovação de dependência do INSS)

* Cópia da certidão de nascimento
* Cópia do RG / Cópia do CPF / Cópia cartão do SUS

Cônjuge

* Cópia do RG / Cópia do CPF / Cópia cartão do SUS
* Cópia da Certidão de Casamento ou Declaração de Escritura Pública de união estável com registro em cartório

**CARÊNCIA:** Urgência 24 horas, consulta 30 dias, exames básicos 30 dias, exames especiais 180 dias, procedimentos especiais 180 dias, internação 180 dias, parto 300 dias.

**VALORES UNIMED MOCOCA**

Plano cobrado por faixa etária tanto para titulares como dependentes.

**UNIMED MOCOCA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TITULAR**  **VALORES POR FAIXA ETÁRIA** | | | | | | |
| **0-17** | **18-29** | **30-39** | **40-49** | **50-59** | **60-69** | **70 acima** |
| **276,74** | **297,21** | **317,79** | **338,27** | **384,44** | **435,58** | **538,30** |
| **PLANO**  **Acomodação privada com banheiro e direito a acompanhante** | | | | | | |

# REAJUSTE CONTRATUAL TODO MÊS DE NOVEMBRO

**FICHA PARA CADASTRO UNIMED MOCOCA**

(Favor preencher todos os campos)

|  |
| --- |
| **NOME TITULAR:** |
| **DATA DE NASC.: SEXO: M( ) F ( )** |
| **ESTADO CIVIL: Nº CARTAO SUS:** |
| **NOME DA MAE:** |
| **RG: CPF: PIS:** |
| **Nº CTPS: SÉRIE: CLT ( ) ESTATUTARIO( )** |
| **CARGO: DATA ADMISSAO NO CEETEPS:** |
| **ENDEREÇO:** |
| **BAIRRO:** |
| **CIDADE: ESTADO: CEP:** |
| **FONE RESIDENCIAL: ( ) CELULAR: ( )** |
| **E-MAIL:** |
| **DADOS BANCARIOS PARA DESCONTO** | |
| **BANCO:** | |
| **AGENCIA:** | |
| **Nº CONTA CORRENTE:** | |
| **PREENCHA ABAIXO OS DADOS DE TODOS OS SEUS DEPENDENTES E OU AGREGADOS** | | |
| **NOME:** | | |
| **CPF: RG: CARTAO DO SUS:** | | |
| **DATA DE NASC.:** | | |
| **NOME DA MÃE:** | | |
| **GRAU DE PARENTESCO:** | | |
|  | | |
| **NOME:** | | |
| **CPF: RG: CARTAO DO SUS:** | | |
| **DATA DE NASC.:** | | |
| **NOME DA MÃE:** | | |
| **GRAU DE PARENTESCO:** | | |
|  | | |
| **NOME:** | | |
| **CPF: RG: CARTAO DO SUS:** | | |
| **DATA DE NASC.:** | | |
| **NOME DA MÃE:** | | |
| **GRAU DE PARENTESCO:** | | |
|  | | |
| **TIPO DE PLANO ESCOLHIDO: TOTAL DA MENSALIDADE: R$** | | |
| **AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTO EM CONTA CORRENTE** EU, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CPF \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AUTORIZO O DESCONTO EM MINHA CONTA CORRENTE EM FAVOR DO SINTEPS, PARA COBRIR AS DESPESAS RELATIVAS À MENSALIDADE DO CONVÊNIO UNIMED MOCOCA E TAXA BANCÁRIA.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Local e Data ASSINATURA | | |

**TERMO DE COMPROMISSO**

**SINTEPS E FILIADO:**

**Na qualidade de filiado do SINTEPS, que é condição principal para eu usufruir do convênio firmado entre o Sindicato e a UNIMED MOCOCA, contrato cuja cláusulas tenho total conhecimento, comprometo-me com as seguintes OBRIGAÇÕES:**

1. **Permanecer no convênio pelo prazo mínimo de 01 (um) ano.**
2. **Pagar as parcelas em dia, sendo todas do mês a vencer, estando ciente que a efetiva utilização dar-se á 30 dias após o primeiro pagamento e, em caso de inadimplência, estarei imediatamente excluído do gozo da assistência contratada.**
3. **Depois do prazo de 01 (um) ano se houver desinteresse na continuidade da assistência, ou se eu deixar de pertencer ao quadro de filiados do SINTEPS, por quaisquer motivos, ou se eu deixar de pertencer ao quadro do CEETEPS, estou obrigado a comunicar, por escrito, quaisquer dos três fatos ocorridos, com a máxima urgência, efetuando no mesmo ato a DEVOLUÇÃO DAS CARTEIRAS referentes ao convênio; sob pena de inoperância da desistência comunicada, continuidade das obrigações pertinentes, cobranças EM DOBRO dos meses usufruídos irregularmente – a título de cláusula penal, sem prejuízo de eventuais multas que, por este motivo, forem cobradas do Sindicato.**
4. **Estou ciente de que será utilizada a via judicial para dirimir quaisquer dúvidas advindas deste contrato, elegendo-se o foro da Comarca da Capital por uma de suas varas centrais.**

**São Paulo \_\_\_\_\_\_de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_de\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ASSINATURA**

**RG:**