CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MACRO REGIÃO DO SUL DE MINAS
CNPJ 13.985.869/0001-84
Rua João Urbano Figueiredo, 177
Parque Boa Vista – Varginha (MG) – CEP: 37.014-510

TERMO DE ADESÃO

TITULAR ☐ DEPENDENTE ☐

Nome do titular:

Nome do beneficiário:
Nascimento:
CPF: RG:
Endereço:
Telefone: e-mail:

Sirvo-me do presente para AUTORIZAR o CISSUL/SAMU, quando houver, a proceder a cobrança do(s) valor(es) devido(s) a minha adesão, utilização e mensalidades, bem como de meu(s) dependente(s) e/ou agregado(s) acima identificados, além de eventuais valores relativos à coparticipação/franquia, no Plano de saúde operacionalizado pela UNIMED VARGINHA COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO.

De outra parte, declaro para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as seguintes normas para utilização do Plano de saúde, além daquelas constantes no Contrato, às quais me obrigo, por mim e por meus Dependentes e/ou Agregados. Sendo que:

a) O valor da mensalidade individual é de R$ 50,00 para os titulares (empregados públicos do CISSUL/SAMU) e R$ 188,96 para cada dependente;

b) A cobrança de valores pela operadora, quando utilizado os serviços, será feita da seguinte forma:

PROCEDIMENTO	VALORES FIXOS E DE COPARTICIPAÇÃO
Consultas Médicas	R$ 45,62 por consulta. **(Fixo)**
Internações Hospitalares	R$ 365,02 por internação. **(Fixo)**
Procedimentos de alta complexidade	**30%** de cada procedimento, limitado a R$ 365,02. **(Coparticipação)**
Cirurgias ambulatoriais	**30%** de cada procedimento, limitado a R$ 365,02. **(Coparticipação)**
Demais procedimentos	**30%** de cada procedimento, limitado a R$ 365,02. **(Coparticipação)**

Declaro, que sou o (a) único (a) responsável pela correta utilização do plano de saúde, respondendo integralmente pelos atos por mim ou por qualquer de meus Dependentes e/ou Agregados.

Declaro, para todos os fins, estar ciente e de acordo com relação às cláusulas e regras relativas aos mecanismos de regulação financeira (coparticipação/franquia) do plano de saúde.

Em caso de dúvidas sobre o plano de saúde estou ciente que deverei entrar em contato com a UNIMED VARGINHA, telefone (35) 3690-7000.

Por ser verdade, dou fé.

Local e data:

ASSINATURA DO (A) TITULAR

ASSINATURA DO (A) DEPENDENTE