



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



ANEXO I

TERMO DE ADESÃO

TITULAR

Nome do Titular:

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, acima identificado, 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 que:

- O valor da mensalidade individual é de R\$ 57,50 para os titulares (empregados públicos do CISSUL/SAMU);
- A cobrança de valores pela operadora, quando utilizados os serviços, será feita da seguinte forma:

PROCEDIMENTO	VALORES FIXOS E DE COPARTICIPAÇÃO
Consultas Médicas	R\$ 58,85 por consulta. (Fixo) Internações Hospitalares
R\$ 470,82 por internação	Enfermaria R\$ 941,64 internação Apartamento (Fixo)
Procedimentos de alta complexidade	30% de cada procedimento, limitado a R\$ 470,82. (Coparticipação)
Cirurgias ambulatoriais	30% de cada procedimento, limitado a R\$ 470,82. (Coparticipação)
Internações psiquiátricas	Custeio parcial excepcionalmente será fixado a partir do 31 ^º (trigésimo primeiro) dia de internação, por ano de contrato, com coparticipação do Beneficiário de 45% (quarenta e cinco por cento) observados os tetos estabelecidos nos normativos vigentes;
Demais procedimentos	30% de cada procedimento, limitado a R\$ 470,82. (Coparticipação)

Declaro, que sou o (a) único (a) responsável pela correta utilização do plano de saúde, respondendo integralmente pelos meus atos.

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.

DATA:

ASSINATURA DO (A) TITULAR