**UNIMED TAUBATÉ**

Área de Atuação do Plano de Saúde:Aparecida,Arapei, Areias, Bananal, Caçapava,Cachoeira Paulista, Campos do Jordão, Canas, Caraguatatuba, Cruzeiro, Cunha, Guararema, Guaratinguetá, Igaratá, Ilhabela, Jacareí, Jambeiro, Lagoinha, Lavrinhas, Lorena, Monteiro Lobato, Natividade da Serra, Paraibuna, Pindamonhangaba, Piquete, Potim, Queluz, Redenção da Serra, Roseira, Salesopolis, Santa Branca, Santo Antônio do Pinhal, São Bento do Sapucaí, São José do Barreiro, São José dos Campos, São Luiz do Paraitinga, São Sebastião, Silveiras, Tremembé e Ubatuba.

**TITULAR**

* Cópia do RG
* Cópia do CPF
* Cópia do PIS / Cópia cartão do SUS
* Cópia do comprovante de residência(só é aceito pessoas que reside em Pindamonhangaba)
* Cópia do ultimo holerite(para comprovação do vínculo)

**DEPENDENTES**:

Poderão ser inscritos na qualidade de beneficiários dependentes, a qualquer tempo, mediante comprovação das qualidades abaixo indicadas:

a) o cônjuge;

b) os filhos solteiros até completarem 21 anos;

c) os filhos solteiros até completarem 24 anos, **e que estejam cursando faculdade com comprovação anual**;

d) os filhos solteiros inválidos, com comprovação legal;

e) o convivente, havendo união estável na forma da lei, devidamente comprovada

f) o enteado, o menor cuja guarda tenha sido designada por determinação judicial e o menor tutelado, que ficam equiparados aos filhos.

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:**

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

Filhos menores de 21 anos

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

O PAGAMENTO É FEITO ATRAVÉS DE DÉBITO AUTOMATICO EM CONTA CORRENTE EM NOME DO FILIADO TITULAR,BANCO DO BRASIL OU SANTANDER.

**FICHA PARA CADASTRO UNIMED TAUBATÉ**

(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**  |
| **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 TAUBATÉ 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 TAUBATÉ, 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, 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.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 CIDADE E DATA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ASSINATURA

RG: