**UNIMED SOROCABA**

Os filiados já pertencentes ao SINTEPS que decidirem aderir ao Contrato da Assistência Médica Unimed Sorocaba, só poderão fazê-lo uma vez ao ano, sendo esse mês estabelecido para **Dezembro,** ficando estritamente proibida a entrada em outros períodos que não esse mês.

Apenas os novos filiados poderão aderir ao plano a qualquer tempo, juntamente com seus respectivos dependentes legais, desde que cadastrado em até 30 dias da data em que se tornaram filiados ao SINTEPS.

Para adesão no convênio médico da Unimed Sorocaba é necessário enviar a ficha de cadastro e termo de compromisso devidamente preenchidos e assinados junto com a declaração de saúde e anexar cópia dos documentos relacionados abaixo, considerando a inclusão de dependentes e ou agregados:

**TITULAR**

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

**DEPENDENTES**: cônjuge, filhos solteiros até 24 anos incompletos, enteados, menor sob guarda judicial, menor tutelado, companheiro por decisão judicial, filhos comprovadamente inválidos (comprovação de dependência pelo INSS)

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS:**

Filhos menores de 24 anos

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

**AGREGADOS:** Pai, mãe, sogro, sogra

**DOCUMENTOS NECESSÁRIOS**

* Cópia do RG
* Cópia do CPF / Cópia cartão do SUS

**CARÊNCIA:** urgência 24 horas, consultas 60 dias, exames especiais 120 dias, procedimentos especiais 180 dias, parto 300 dias.

**INFORMAÇÕES**

* REAJUSTE CONTRATUAL TODO MÊS DE DEZEMBRO; INFORMAMOS ATRAVÉS DE CARTA
* O PAGAMENTO É FEITO ATRAVÉS DE DÉBITO AUTOMATICO EM CONTA CORRENTE BANCO DO BRASIL OU SANTANDER.

**VALORES UNIMED SOROCABA**

Plano cobrado por faixa etária tanto para titulares como dependentes.

|  |
| --- |
| **PLANO B** **ACOMODAÇÃO EM APARTAMENTO**  |
| **FAIXA ETÁRIA** | **VALOR MENSALIDADE** |
| **00 á 18 anos** | **R$ 518,22** |
| **19 á 23 anos** | **R$ 664,92** |
| **24 á 28 anos** | **R$ 762,61** |
| **29 á 33 anos** | **R$ 836,53** |
| **34 á 38 anos** | **R$ 858,29** |
| **39 á 43 anos** | **R$ 966,69** |
| **44 á 48 anos** | **R$ 1.160,92** |
| **49 á 53 anos** | **R$ 1.585,32** |
| **54 á 58 anos** | **R$ 1.694,42** |
| **59 anos ou mais** | **R$ 2.600,27** |

|  |
| --- |
| **PLANO A**  **ACOMODAÇÃO EM ENFERMARIA**  |
| **FAIXA ETÁRIA** | **VALOR MENSALIDADE**  |
| **00 á 18 anos** | **R$ 396,74** |
| **19 á 23 anos** | **R$ 509,03** |
| **24 á 28 anos** | **R$ 583,75** |
| **29 á 33 anos** | **R$ 640,25** |
| **34 á 38 anos** | **R$ 656,92** |
| **39 á 43 anos** | **R$ 739,82** |
| **44 á 48 anos** | **R$ 888,51** |
| **49 á 53 anos** | **R$ 1.213,37** |
| **54 á 58 anos** | **R$ 1.296,81** |
| **59 anos ou mais** | **R$ 1.990,20** |

* **REAJUSTE CONTRATUAL TODO MÊS DE MAIO**

**FICHA PARA CADASTRO UNIMED SOROCABA**

(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 SOROCABA 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 SOROCABA, 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.

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

 CIDADE E DATA

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

 ASSINATURA

 RG:

**TELEFONES E ENDEREÇOS ÚTEIS**

**HOSPITAL UNIMED SOROCABA** – (15) 3229-3000 – CEP:18052-210

R. Antônia Dias Petri ,135 – Parque Santa Isabel – Sorocaba/SP

**UNIMED SOROCABA (SEDE CENTRAL)** – (15)3332-9200 – CEP: 18035-060

AV. Jucelino K. de Oliveira, 736 – Centro – Sorocaba/SP

**UNIDADE COMERCIAL** – (15)3332-9244 – CEP:18030-123

R. Capitão Nascimento Filho, 346 – Jd. Vergueiro – Sorocaba/SP

**UNIDADE DE MEDICINA PREVENTIVA –** (15)3224-4397 – CEP:18030-130

R.Salvador Corrêa, 485 – Jd. Vergueiro \* Sorocaba/SP

**UNIDADE RIACHUELO** – (15) 3234-9450 – CEP:18035-330

R. Riachuelo, 480 – Centro – Sorocaba/SP

**FARMÁCIA UNIMED SOROCABA** – (15)3234-9450 – CEP:18047-620

Av. Antônio Carlos Cômitre, 580 – parque Campolim – Sorocaba/SP

**SAC UNIMED SOROCABA – 0800-77-10-500**

**PRONTO ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIO – 0300-11-59-200**