

Juiz de Fora, ____ de ____ de _____.

FICHA DE INCLUSÃO/TROCA DE PLANO
*****A ADESÃO DEVERÁ SER CONFIRMADA PELO BENEFICIÁRIO DIRETAMENTE COM A UNIMED: 0800 030 11 66 *****

TIPO DE MOVIMENTAÇÃO					
<input type="checkbox"/> TAE	<input type="checkbox"/> DOCENTE	<input type="checkbox"/> PENSIONISTA	<input type="checkbox"/> JF	<input type="checkbox"/> GV	<input type="checkbox"/> HU
<input type="checkbox"/> Inclusão	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependente	A partir de ____/____/____		
<input type="checkbox"/> 2ª via de carteira	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependente	Data da Posse: ____/____/____		
<input type="checkbox"/> Troca de Plano	<input type="checkbox"/> Titular	<input type="checkbox"/> Dependente	A partir de ____/____/____		
<input type="checkbox"/> Troca de Endereço	<input type="checkbox"/> Trocar Forma de Pagamento:		<input type="checkbox"/> Boleto		
Regime de contratação: Coletivo Empresarial Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia					
ABRANGÊNCIA	PLANO	ACOMODAÇÃO	COPARTICIPAÇÃO	REGISTRO ANS	TPM
REGIONAL	1	APARTAMENTO	COM	443.485.03-4	24-01-05
	2	APARTAMENTO	SEM	434.189.00-9	24-02-05
	3	ENFERMARIA	COM	443.486.03-2	24-03-06
	4	ENFERMARIA	SEM	405.347.99-8	24-03-05
ESTADUAL	5	APARTAMENTO	COM	471.274.14-9	24-08-05
	6	APARTAMENTO	SEM	471.273.14-1	24-09-05
	7	ENFERMARIA	COM	471.275.14-7	24-07-06
	8	ENFERMARIA	SEM	471.276.14-5	24-07-05
NACIONAL	9	APARTAMENTO	COM	458.087.08-7	24-06-05
	10	APARTAMENTO	SEM	458.088.08-5	24-05-05
	11	ENFERMARIA	COM	458.089.08-3	24-04-06

DADOS DO TITULAR (SERVIDOR)(Não abreviar nenhuma informação)	
Nome:	Sexo:
Data Nascimento:	CPF:
Nome da Mãe:	Estado Civil:
RG:	Órgão Emissor:
	Mat. SIAPE:
E-mail:	FAIXA SALARIAL (01 a 08):
CNS – Cartão Nacional de Saúde:	OPÇÃO DE PLANO (1 a 11):
ENDEREÇO RESIDENCIAL	
RUA/Nº/COMPLEMENTO:	
BAIRRO:	
CIDADE:	ESTADO: CEP:
TELEFONE1:	TELEFONE 2:

Dependente Legal **com** Custeio: Esposo(a) – Companheiro(a) – Filho(a)/Filho(a) Adotivo(a)/ Enteadado(a) até 21 anos

Dependente Legal **sem** custeio: Pais – Filho(a) 24-30 anos

RELAÇÃO DE USUÁRIOS DEPENDENTES (Não abreviar nenhuma informação)				
NOME	DATA DE NASCIM.	SEXO	PARENTESCO () Legal () Leg s/Cust	PLANO (1 a 11)
1-				
CPF:		CNS:		Estado Civil:
Nome da Mãe:		RG:		
FONES:		E-MAIL:		
NOME	DATA DE NASCIM.	SEXO	PARENTESCO () Legal () Leg s/Cust	PLANO (1 a 11)
2-				
CPF:		CNS:		Estado Civil:
Nome da Mãe:		RG:		
FONES:		E-MAIL:		
NOME	DATA DE NASCIM.	SEXO	PARENTESCO () Legal () Leg s/Cust	PLANO (1 a 11)
3-				
CPF:		CNS:		Estado Civil:
Nome da Mãe:		RG:		
FONES:		E-MAIL:		
NOME	DATA DE NASCIM.	SEXO	PARENTESCO () Legal () Leg s/Cust	PLANO (1 a 11)
4-				
CPF:		CNS:		Estado Civil:
Nome da Mãe:		RG:		
FONES:		E-MAIL:		
NOME	DATA DE NASCIM.	SEXO	PARENTESCO () Legal () Leg s/Cust	PLANO (1 a 11)
5-				
CPF:		CNS:		Estado Civil:
Nome da Mãe:		RG:		
FONES:		E-MAIL:		
NOME	DATA DE NASCIM.	SEXO	PARENTESCO () Legal () Leg s/Cust	PLANO (1 a 11)
6-				
CPF:		CNS:		Estado Civil:
Nome da Mãe:		RG:		
FONES:		E-MAIL:		
NOME	DATA DE NASCIM.	SEXO	PARENTESCO () Legal () Leg s/Cust	PLANO (1 a 11)
7-				
CPF:		CNS:		Estado Civil:
Nome da Mãe:		RG:		
FONES:		E-MAIL:		

Plano Regional (Grupo de Municípios): compreende os municípios de Juiz de Fora, Belmiro Braga, Chácara, Coronel Pacheco, Bom Jardim de Minas, Guarará, Lima Duarte, Maripá, Matias Barbosa, Olaria, Rio Preto, Simão Pereira, Passa Vinte, Pedro Teixeira, Santa Bárbara do Monte Verde, Santa Rita do Jacutinga, Santana do Deserto, Tabuleiro e Arantina.

Importante: Nas Internações Psiquiátricas, quando ultrapassados 30 (trinta) dias de internação no ano, serão cobrados os valores abaixo, por diária, reajustado anualmente conforme contrato.

APARTAMENTO: R\$ 101,10 (CENTO E UM REAIS E DEZ CENTAVOS)

ENFERMARIA: R\$ 73,36 (SETENTA E TRÊS REAIS E TRINTA E SEIS CENTAVOS)

VARIAÇÃO DE FAIXA ETÁRIA EM PERCENTUAL:

Da 1ª para 2ª faixa	Da 2ª para 3ª faixa	Da 3ª para 4ª faixa	Da 4ª para 5ª faixa	Da 5ª para 6ª faixa	Da 6ª para 7ª faixa	Da 7ª para 8ª faixa	Da 8ª para 9ª faixa	Da 9ª para 10ª faixa
10,00%	15,00%	15,00%	15,00%	20,00%	22,00%	25,00%	30,00%	50,50%

DATA DE OPÇÃO DE PAGAMENTO PELO SERVIDOR OU PENSIONISTA:

Indique a data que deseja realizar o pagamento da cota parte custeada pelo servidor/pensionista em conformidade com o plano escolhido (boleto digital - padrão): 15 25

OBSERVAÇÃO:

Em caso de opção por boleto bancário no formato tradicional/impresso (vencimento: 20 ou 30) ou débito automático (vencimento: 16, 19 ou 29) pelos bancos Santander, Banco do Brasil e Itaú deverá fazer contato com a Central de Relacionamento 24h (0800 030 11 66) após a data de vigência acrescido do prazo de cadastramento (5 dias úteis).

Desejo receber o cartão: Físico Digital

ESTOU CIENTE DE QUE:

- 1- A troca de plano somente será efetiva para o mês subsequente.
- 2-Toda movimentação (inclusão, exclusão e troca de plano) de agregados e professores substitutos deverá ser solicitada **exclusivamente na sede da Unimed Juiz de Fora.**
- 3- Toda movimentação de servidor e dependentes legais (com ou sem custeio) deverá ser solicitada **exclusivamente na UFJF.**
- 4- Titulares e dependentes legais (com ou sem custeio) poderão aderir a planos diferentes.
- 5- Os Hospitais de tabela Própria /Alto Custo, não estão incluídos na cobertura deste contrato para qualquer tipo de atendimento.
- 6- O dependente legal ao completar 30 (trinta) anos de idade, conforme Contrato (nº 32/2023) passará para a condição de Agregado. * Verificar tabela de mensalidade vigente do período.

ASSINATURA DO SERVIDOR



TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO

Pelo presente Termo de Responsabilidade e Compromisso, eu _____,

_____, CPF nº _____, servidor/pensionista desta Instituição, firmo declaração, afirmo ciência e assumo, voluntariamente, o que segue:

Declaro estar ciente do conteúdo da Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME nº 97, de 26 de dezembro de 2022, bem como da vigência e dos valores do plano de saúde contratado pela UFJF ao qual estou requerendo minha adesão. Estou ciente também de que os valores do plano variam de acordo com a faixa etária de cada beneficiário e de que os valores de custeio do Governo variam de acordo com a minha faixa salarial e com a faixa etária dos beneficiários legais no plano.

Declaro que eu e/ou meus dependentes legais, caso existam, não somos beneficiários de Assistência à Saúde Suplementar custeada pelo Governo Federal em outro órgão.

Estou ciente de que caso meu(s) dependente(s) esteja(m) inscrito(s) para fins de Assistência à Saúde Suplementar em outro órgão (sistema SIAPE), este(s) não poderá(ão) ser inscrito(s) no Sistema SIAPE, por motivo de cruzamento de dados.

Estou ciente ainda que sem o devido cadastro no Sistema SIAPE, eu e/ou meu(s) dependente(s), não poderemos ser inscritos no Plano de Saúde Institucional ora contratado.

Comprometo-me em comunicar à UFJF qualquer evento que implique em perda ou mudança do meu direito e/ou de meus dependentes, caso existam, inscritos no Plano de Saúde Institucional, entre eles: desligamento da UFJF (mesmo que temporário), morte, ser beneficiário de outro Plano de Saúde mantido com recursos do Governo Federal (mesmo que em parte).

Estou ciente que em caso de casamento e/ou nascimento de filho o prazo para inclusão sem carência do novo dependente será de 30 (trinta) dias a contar da data do evento.

Declaro estar ciente de que a não observância de quaisquer das situações acima citadas implicará na exclusão imediata minha e/ou de meus dependentes do Plano de Saúde Institucional, além da necessidade de ressarcimento ao erário dos prejuízos por mim provocados.

Quanto a meus dependentes legais, estou ciente que todos devem estar devidamente cadastrados no Sistema SIAPE, estando eu responsável pela solicitação de cadastro e atualização do mesmo. Assim, comprometo-me também, caso possua ou venha a possuir dependente (filho) com idade compreendida entre 21 e 24 anos, custeado pelo subsídio de assistência à saúde suplementar da União, a apresentar semestralmente comprovante de matrícula em curso regular reconhecido pelo Ministério da Educação e Declaração de dependência econômica destes dependentes (filhos) a mim.

Estou ciente de que não poderei receber o Auxílio de Caráter Indenizatório (ressarcimento de plano de saúde) concomitante à utilização/adesão do Plano de Saúde Institucional.

Estou ciente que a inadimplência, nos termos da Instrução Normativa SGP/SEDGG/ME nº 97, de 26 de dezembro de 2022, é uma das situações que ensejam a exclusão do servidor/pensionista do plano de assistência à saúde. Ciente também estou que no caso de minha exclusão, todos os beneficiários ligados ao meu plano (dependentes e/ou agregados) serão igualmente excluídos.

Por fim, estou ciente ainda de que a inveracidade da declaração por mim firmada constitui falta grave, passível de punição prevista na Lei 8112/90.

Local e data: _____, ____/____/____.

Assinado servidor/pensionista requerente