Governador Valadares, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_. Hora: \_\_\_:\_\_\_

**Para uso da UnimedJF:**

Modalidade: 24\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_

Modalidade: 41\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_

FICHA DE INCLUSÃO / TROCA DE PLANO

***\*\*\*A ADESÃO DEVERÁ SER CONFIRMADA PELO BENEFICIÁRIO DIRETAMENTE COM A UNIMED: 0800 030 11 66 \*\*\****

|  |
| --- |
|  **TIPO DE MOVIMENTAÇÃO**  |
| [ ]  TAE [ ]  DOCENTE [ ]  PROF SUBSTITUTO [ ]  PENSIONISTA  | [ ]  UFJF [ ]  UFJF/GV [ ]  HU |
| **[ ]  Inclusão**  | [ ]  Titular [ ]  Dependente [ ]  Agregado  |  **A partir de \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_**  |
| **[ ]  2ª via de carteira** | [ ]  Titular [ ]  Dependente [ ]  Agregado | **[ ] Troca de Nome** |
| **[ ]  Troca de Plano**  | [ ]  Titular e dependente [ ]  Agregado  | **De: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_**  | **A partir de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_**  |
| **[ ]  Troca de Endereço** | **[ ]  Trocar Forma de Pagamento para boleto:** [ ]  20 [ ]  30 |
| **Regime de contratação: Coletivo Empresarial Segmentação Assistencial: Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia** |
| **ABRANGÊNCIA** | **PLANO**  | **ACOMODAÇÃO** | **COPARTICIPAÇÃO** | **REGISTRO ANS** | **TPM** | **OPÇÃO \*\*\*\*** |
| **REGIONAL** | **1** | **APARTAMENTO** | **COM** | **443.485.03-4** | **24-01-05** |  |
| **3** | **APARTAMENTO** | **SEM** | **434.189.00-9** | **24-02-05** |  |
| **5** | **ENFERMARIA** | **COM** | **443.486.03-2** | **24-03-06** |  |
| **ESTADUAL** | **7** | **APARTAMENTO** | **COM** | **471.274.14-9** | **24-08-05** |  |
| **8** | **APARTAMENTO** | **SEM** | **471.273.14-1** | **24-09-05** |  |
| **9** | **ENFERMARIA** | **COM** | **471.275.14-7** | **24-07-06** |  |
| **NACIONAL** | **2** | **APARTAMENTO** | **COM** | **458.087.08-7** | **24-06-05** |  |
| **4** | **APARTAMENTO** | **SEM** | **458.088.08-5** | **24-05-05** |  |
| **6** | **ENFERMARIA** | **COM** | **458.089.08-3** | **24-04-06** |  |
| ***\*\*\*\* Preencher apenas uma das opções de planos contratados pela UFJF.*** |

|  |
| --- |
| **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:** |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL** |
| RUA:  |
| Nº: COMPLEMENTO: BAIRRO:  |
| CIDADE: ESTADO: CEP:  |
| TELEFONE 1: TELEFONE 2:  |

Dependente Legal **com** Custeio: Esposo (a) – Companheiro (a) – Filho até 21 - Filho Adotivo – Enteado

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

|  |
| --- |
| **RELAÇÃO DE USUÁRIOS DEPENDENTES (Não abreviar nenhuma informação)** |
| **NOME** | **DATA DE NASCIM.** | **SEXO** | **PARENTESCO****( ) Legal ( ) Leg s/Cust ( ) Agreg.**   | **EST CIV** |
| 1- |   |   |   |   |
| CPF: | CNS: |
| Nome da Mãe: | RG: |
| FONES: E-MAIL: |
| **NOME** | **DATA DE NASCIM.** | **SEXO** | **PARENTESCO****( ) Legal ( ) Leg s/Cust ( ) Agreg.**   | **EST CIV** |
| 2- |   |   |   |   |
| CPF: | CNS: |
| Nome da Mãe: | RG: |
| FONES: E-MAIL: |
| **NOME** | **DATA DE NASCIM.** | **SEXO** | **PARENTESCO****( ) Legal ( ) Leg s/Cust ( ) Agreg.**  | **EST CIV** |
| 3- |   |   |   |   |
| CPF: | CNS: |
| Nome da Mãe: | RG: |
| FONES: E-MAIL: |
|  |   |   |  |  |

**Plano Regional (Grupo de Municipios):** 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: [ ]  20 [ ]  30

**Documentos do Agregado:**

* Cópia de Documento comprobatório do vínculo de parentesco do servidor com o agregado até 3º grau;
* 0 a 18 anos: Cópia da Certidão de Nascimento ou Carteira de Identidade, e CPF;
* Maior de 18 anos: Cópia da Carteira de Identidade e CPF.

**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 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) deverão aderir ao mesmo plano.

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 50/2018) 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 Portaria Normativa nº 1/2017-SRH, 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.

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. Portanto, nos casos de indisponibilidade temporária do sistema, a adesão será condicional ao posterior cadastramento.

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), casamento, morte, ser beneficiário de outro Plano de Saúde mantido com recursos do Governo Federal (mesmo que em parte), nascimento de filho ou qualquer outra situação, dentro do prazo 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 Portaria Normativa nº 1/2017 – SRH, 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.

Governador Valadares, / / .

**Assinatura do servidor/pensionista requerente**