



Av. Goiás, Nº 174, Ed. São Judas Tadeu - sala 205 – Setor Central – CEP:74.010-010 - Goiânia-GO.

**PLANO UNIMED AGREGADOS**  
**FORMULÁRIO DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL – Nº 01.**

**DADOS DO (A) SERVIDOR (A) RESPONSÁVEL**

NOME DO SERVIDOR (A):	
FUNÇÃO: _____	E-MAIL: _____
ENDEREÇO: _____	CEP: _____

MATRÍCULA TRE-GO	Nº CPF	Nº RG – ORGAO EXPEDIDOR/UF
DATA DE CONTRATAÇÃO - TRE-GO _____/_____/_____	TELEFONE CELULAR	TELEFONE/RAMAL TRE-GO

**PLANO ADERIDO**

<input type="checkbox"/> NACIONAL APARTAMENTO	<input type="checkbox"/> REGIONAL APARTAMENTO
<input type="checkbox"/> NACIONAL ENFERMARIA	<input type="checkbox"/> REGIONAL ENFERMARIA

**BENEFICIÁRIO (A) INCLUSO (A)**

NOME COMPLETO:	CPF:
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	RG:
GRAU DE PARENTESCO:	ESTADO CIVIL :

NOME COMPLETO:	CPF:
DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____	RG:
GRAU DE PARENTESCO:	ESTADO CIVIL :

PELO PRESENTE DECLARO POR MINHA LIVRE E ESPONTÂNEA VONTADE A INCLUSÃO AO PLANO DE SAÚDE ACIMA DISCRIMINADO. ESTOU CIENTE E DE ACORDO COM TODAS AS CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO E RESTRIÇÕES CONTIDAS NO CONTRATO ESTABELECIDO ENTRE UNIMED GOIÂNIA – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO E A ASSETRE-GO – ASSOCIAÇÃO DOS SERVIDORES DO TRIBUNAL REGIONAL ELEITORAL DE GOIÁS. CONTRATO COLETIVO EMPRESARIAL, CONFORME A LEI 9.656/98 E A RN ANS: 195/2009.

ASSINATURA DO (A) REQUERENTE - (ASSINAR POR EXTENSO)



Av. Goiás, Nº 174, Ed. São Judas Tadeu - sala 205 – Setor Central – CEP:74.010-010 - Goiânia-GO.

**PLANO UNIMED AGREGADOS**

**FORMULÁRIO DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL – Nº 02.**

**DECLARAÇÃO**

**DECLARO** estar ciente e de acordo com todas as informações contidas neste formulário e que fui devidamente informado (a) de todas as condições de atendimento e restrições contidas no Contrato estabelecido entre **UNIMED GOIÂNIA** e **ASSETRE-GO**, o qual atende as exigências da Lei 9.656/98 da ANS – **AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR**.

**DECLARO** que li o Contrato do plano adquirido, estou ciente e de acordo quanto aos serviços prestados, os termos e condições de utilização do plano, da abrangência, bem como, dos valores estabelecidos Contratualmente.

**AUTORIZO** a ASSETRE-GO a tomar todas e quaisquer providências cabíveis ligadas a administração do plano contratado, bem como, descontar mensalmente via consignação os valores referentes ao plano adquirido, inclusive cobranças retroativas, bem como, cobrar o valor de R\$ 20,00 (vinte reais) referente a taxa de inclusão (Cobrança única).

**NOTA IMPORTANTE:**

**Para validação do pedido de inclusão do (s) Agregado (s) é necessário que os formulários estejam devidamente preenchidos e assinados pelo servidor (a) responsável e anexado cópia dos seguintes documentos: RG; CPF; Comprovante de endereço. Sendo o beneficiário menor, anexar cópia do RG da mãe, CPF do menor (obrigatório ter o número do CPF) e Cópia da Certidão de nascimento.**

**GOIÂNIA-GO**

**DATA:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

---

**ASSINATURA DO REQUERENTE**



Av. Goiás, Nº 174, Ed. São Judas Tadeu - sala 205 – Setor Central – CEP:74.010-010 - Goiânia-GO.

## PLANO AGREGADOS/ASSETRE-GO

### FORMULÁRIO DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL – Nº 03.

#### DECLARO ESTAR CIENTE:

E de acordo com o Estatuto da ASSETRE-GO e com minha inscrição em seu quadro associativo, ainda que na qualidade de Associado Conveniado para fins exclusivos de plano de saúde.

E de acordo com as cláusulas estabelecidas no Contrato de Prestação de Serviços Médico – Hospitalar e Ambulatorial, firmado entre a ASSETRE-GO e a UNIMED GOIÂNIA.

E de acordo com a permanência de **12 meses (um ano)** no referido plano de saúde, salvo em caso de pedido de Vacância ou Óbito, tendo início a partir da data de inclusão na Unimed.

Estou ciente que não havendo margem para realização de consignação, a ASSETRE-GO está isenta de quaisquer obrigações em manter-me no contrato e tem plena faculdade em realizar o cancelamento do plano por mim adquirido.

#### AUTORIZO:

A adoção de providências necessárias à contratação de Operadora de Plano de Saúde, fiscalização da assistência prestada e negociação acerca dos valores de contribuição; e nos termos do artigo 45 da Lei 8.112/90, a consignação em folha de pagamento ou débito em conta corrente, dos valores referentes à mensalidade, taxa de inclusão e demais obrigações financeiras de minha responsabilidade, inclusive de meus dependentes em favor da Operadora de Plano de Saúde.

#### AUTORIZO:

A ASSETRE-GO – Associação dos Servidores do Tribunal Regional Eleitoral de Goiás responsável pela administração do plano de saúde **UNIMED GOIÂNIA** junto ao TRE-GO a ter acesso aos relatórios de utilização médica mensal ou anual do meu plano, dos meus dependentes ou agregados. A mesma poderá a qualquer tempo vir a solicitar junto a Operadora **UNIMED GOIÂNIA** os devidos relatórios de utilização do plano independentemente dos procedimentos realizados e da indicação clínica CID-10 (Classificação Internacional de Doenças) informado pelo médico solicitante.

SERVIDOR (A): \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

MATRÍCULA FUNCIONAL: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_