Em nome da ATEFEP, informamos que está disponível para adesão o plano de saúde **UNIMED VALE DO SÃO FRANCISCO REGIONAL COM COPARTICIPAÇÃO 40%**
.

Aqueles que já possuem o plano ATEFEP - UNIFÁCIL - Unimed VSF Nacional, poderão migrar para o plano UNIMED Regional com coparticipação 40% sem carência e
SEM PERÍCIA
.

Os novatos no plano entrarão sem carência, mas
COM PERÍCIA
.

Aqueles interessados no plano de saúde UNIMED Regional com coparticipação 40% deverão enviar os documentos e formulários até o dia
04/09/2023
para o nosso endereço de e-mail:
atefep
.ifsertao@gmail.com
.

A adesão já dá direito a usufruir do plano de saúde UNIMED COPARTICIPAÇÃO 40% ATE FEP
a partir de 10/10/2023,
com isenção de carências.

- Documentos e formulários necessários, bem como informações de como devem ser preenchidos:

TITULAR

1. RG;
2. CPF;
3. COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA;

4. CONTRACHEQUE ATUALIZADO.

DEPENDENTES

1. RG (PARA TODOS);
2. CPF (PARA TODOS);
3. DECLARAÇÃO DA FACULDADE (PARA FILHOS MAIORES DE 18 ANOS);
4. CERTIDÃO DE CASAMENTO ou DECLARAÇÃO DE UNIÃO ESTÁVEL - PARA ESPOSO(A).

1 - Os formulários necessários (disponíveis no link https://drive.google.com/drive/folders/1T9vLYPmBTidvpCvSl4zHKZoWUiIJef2C?usp=drive_link).

1. Solicitação de Inclusão Unimed;
2. Ficha Cadastral Associativa;
3. Termo de Ciência e Responsabilidade;
4. Planilha Inclusão Unimed (Excel);
5. Formulário de Exclusão Unimed (para casos de inadimplência igual ou superior a 45 dias).

2 - Como proceder com a Solicitação de Inclusão Unimed?

1. Deve-se preencher somente nos campos em que solicita dados pessoais de titular e dependentes;
2. E logo abaixo onde pede "assinatura do titular do plano".

3 - Termo de Responsabilidade

1. Ao solicitar adesão do plano de saúde, de acordo com nosso Estatuto, o(a) associado(a) deve deixar assinado uma solicitação de exclusão junto a esse Termo de Responsabilidade, nos autorizando a excluí-lo do plano se, e quando eventualmente ficar inadimplente por 45 dias, em qualquer valor de sua responsabilidade com a ATEFEP.

4 - Solicitação de Exclusão Unimed

1. Deve-se preencher somente onde pede o nome e a data de nascimento do titular e seus dependentes;
2. E assinar no campo "assinatura do titular do plano", sem a necessidade de datar.

5 - Taxa Associativa

1. O valor associativo é cobrado mensalmente e corresponde a 5% do salário-mínimo vigente, atualmente no valor de **R$ 66,00**.

6 - Preços de referência: TABELADO POR FAIXA ETÁRIA.

1. **ANEXO**

Qualquer dúvida estamos à disposição para esclarecimentos nos números de WhatsApp (87) 99103-6557 - Gabriela ou (87) 98843-9030 - Thayane ou ainda no e-mail: atefep .ifsertao@gmail.com
.

Atenciosamente,

Presidência ATEFEP