SINDSEMP-BA | SINDICATO DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA

SEGUROS Unimed

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE

AÇÃO:

( ) Adesão **( ) Inclusão de Dependentes** **( ) Upgrade** **( ) Downgrade**

PLANO:

( ) NOVO ESSENCIAL SALVADOR I (ENFERMARIA) ( ) NOVO ESSENCIAL SALVADOR II (APARTAMENTO)

Faixa Etária	NOVO ESSENCIAL SALVADOR I	NOVO ESSENCIAL SALVADOR II
	509.064/26-4	509.063/26-6
0 a 18 anos	391,15	437,67
19 a 23 anos	478,77	535,72
24 a 28 anos	599,47	670,79
29 a 33 anos	662,45	741,25
34 a 38 anos	705,60	789,54
39 a 43 anos	818,48	915,85
44 a 48 anos	978,42	1.094,80
49 a 53 anos	1.173,45	1.313,02
54 a 58 anos	1.393,16	1.558,87
59 anos ou mais	2.346,91	2.626,08

Os valores são cobrados por vida (Titular e Dependentes) e o dependente seguirá o mesmo plano do titular. Os valores são reajustados sempre no mês de dezembro, mês de aniversário da apólice, até quando o contrato estiver vigente.

Todas as inclusões e exclusões devem ser solicitadas até o dia 10 de cada mês, o que for enviado depois desta data, no caso de inclusão: pode haver a demora na entrega da numeração da carteirinha e se o faturamento do mês for processado, entrarão duas cobranças no mês posterior a vigência. No caso de exclusão: se o faturamento for processado, será cobrado naquele mês, mas devolvido no próximo.

Valor total: Titulares + Dependentes: R$ _____

Titular:

Nome (sem abreviações): _____

Data de Nascimento: _____/_____/_____ RG: _____ CPF: _____

Matrícula (Registro do Servidor): _____ Telefone: _____

Nome da mãe: _____ Estado Civil_____

Endereço completo: _____

_____ E-mail pessoal: _____

SINDSEMP-BA | SINDICATO DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA

SEGUROS Unimed

Menores de 18 anos não necessitam preencher CPF e RG, caso não possuam.

Dependente 1:

☐ Cônjuge/Companheiro (a) ☐ Filho (a) ☐ Neto(a)

Nome (sem abreviações): _____

Data de Nascimento: _____/_____/_____ RG: _____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Dependente 2:

☐ Cônjuge/Companheiro (a) ☐ Filho (a) ☐ Neto (a)

Nome (sem abreviações): _____

Data de Nascimento: _____/_____/_____ RG: _____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Dependente 3:

☐ Cônjuge/Companheiro (a) ☐ Filho (a) ☐ Neto (a)

Nome (sem abreviações): _____

Data de Nascimento: _____/_____/_____ RG: _____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Dependente 4:

☐ Cônjuge/Companheiro (a) ☐ Filho (a) ☐ Neto (a)

Nome (sem abreviações): _____

Data de Nascimento: _____/_____/_____ RG: _____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

Dependente 5:

☐ Cônjuge/Companheiro (a) ☐ Filho (a) ☐ Neto (a)

Nome (sem abreviações): _____

Data de Nascimento: _____/_____/_____ RG: _____ CPF: _____

Nome da mãe: _____

SINDSEMP-BA | SINDICATO DOS SERVIDORES DO MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DA BAHIA

SEGUROS Unimed

Sirvo-me do presente para AUTORIZAR o Sindicato dos Servidores do Ministério Público do Estado da Bahia (SINDSEMP-BA) informar mensalmente o valor da total da mensalidade à Diretoria de Gestão de Pessoas do Ministério Público do Estado da Bahia (MPBA) para que proceda o desconto do (s) valor (es) devido (s) para minha inclusão, bem como de meu (s) dependente (s) acima identificado (s), no Plano de Saúde operacionalizado pela UNIMED SEGURO SAÚDE S.A., operadora de planos privados de assistência à saúde, com sede à Alameda Ministro Rocha Azevedo, 346 – 4º andar - Cerqueira César- Cidade São Paulo/SP - CEP 01410-000, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 04.487.255/0001-81 registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 00070-1. De outra parte, declaro para todos os fins de direito, estar ciente e de acordo com as seguintes normas para utilização do Plano de Saúde, além daquelas constantes no Manual do Associado, às quais me obrigo, por mim e por meu (s) Dependente (s):

a) Estou ciente que minha permanência no plano, bem como do (s) meu (s) dependente (s), depende **incondicionalmente** da minha filiação junto ao SINDSEMP-BA. Havendo desfiliação, por motivo de desinteresse ou por exoneração/demissão do MPBA, é de minha responsabilidade proceder imediatamente à solicitação de exclusão do plano junto à UNIMED ODONTO, informando o nº de protocolo ao SINDSEMP-BA (financeiro@sindsempba.org.br) bem como à Kajama (atendimento@kajamabahia.com.br)

b) Os Beneficiários Dependentes devem, obrigatoriamente, estar inscritos no mesmo tipo de Plano de Saúde por mim optado.

c) O valor da Taxa Mensal Individual será reajustado na forma e nas condições determinadas no Contrato de Plano Privado de Assistência à Saúde Plano de Saúde, celebrado entre o SINDSEMP-BA e a UNIMED SEGURO SAÚDE S.A.

d) Perante o SINDSEMP-BA e perante terceiros, sou o (a) único (a) responsável pela correta utilização do Plano de Saúde ora adquirido, respondendo integralmente pelos atos por mim ou por qualquer de meu (s) Dependente (s).

e) Em caso de dúvidas sobre o Plano de Saúde, deverei entrar em contato com a UNIMED SEGURO SAÚDE S.A.

f) Estou ciente que haverá renovação automática de minha adesão, por igual período, se não houver manifestação, por escrito, das partes em sentido contrário, até 30 (trinta) dias antes de seu vencimento.

g) O processo de adesão apenas finalizará após a assinatura da ficha de adesão digital, enviada via DOCUSIGN, e a realização de vídeo entrevista, realizada pela seguradora, desde que não haja quaisquer pendências de documentação.

Sem mais, subscrevo-me

_____ , _____ de _____de 2026.

_____

ASSINATURA DO BENEFICIÁRIO TITULAR