



FUNDEPES

Fundação Universitária de Desenvolvimento
de Extensão e Pesquisa

DECLARAÇÃO DE BENEFICIÁRIO DE PLANO DE SAÚDE

- Opto pelo plano de saúde UNIMED
 Não Opto pelo plano de saúde UNIMED

PLANO DE SAÚDE: Eu _____, para efeitos do benefício de plano de saúde opto:

- Apartamento Estadual
 Enfermaria Estadual
 Apartamento Nacional
 Enfermaria Nacional

PLANO UNIODONTO:

- Opto pelo plano UNIODONTO
 Não Opto pelo plano UNIODONTO

OBS.: No caso de afastamento concedido pela Previdência Social, o colaborador deverá depositar mensalmente na conta bancária da FUNDEPES (C/C 7030-0, AGÊNCIA 3557-0, BANCO DO BRASIL) sua contribuição referente ao plano de saúde e odontológico ou solicitar o seu cancelamento.

Maceió-AL, de de 2024.

Assinatura do Empregado(a)

Assinatura do Responsável e carimbo



ES

FUNDEP
949 / 2056

”
“AMB. + OBST.

DE ACORDO COM A LEI 9.656 / 98 E DEMAIS DISPOSIÇÕES NORMATIVAS PERTINENTES

PLANO NACIONAL	HOSP. +			
	PL / IDADE	0 / 17	18 / 39	40 / 59
APARTAMENTO	398,25	609,40	815,57	1.272,62
ENFERMARIA	382,93	585,95	784,10	1.223,52

PLANO ESTADUAL “AMB. + HOSP. + OBST. ”										
PL / IDADE	0/18	19/23	24/28	29/33	34/38	39/43	44/48	49/53	54/58	>59
APARTAMENTO	298,21	340,84	412,86	448,26	524,90	699,23	944,29	1239,59	1440,27	1786,54
ENFERMARIA	225,80	258,38	311,87	339,32	396,71	527,29	713,95	935,21	1090,25	1347,34

Coberturas:

Atendimento de urgência e emergência, consultas, exames laboratoriais, exames e serviços de alta complexidade, internação sem limite, cirurgia, partos, próteses, órteses e seus acessórios quando ligados ao ato cirúrgico, transplantes de rins e córnea, cirurgia por videolaparoscopia, quimioterapia e radioterapia.

Carências:

24 horas: acidentes pessoais;
30 dias: consultas, exames simples e RX sem contraste;180 dias: internações, cirurgias e exames especiais;
10 meses: parto;
24 meses: preexistência

Documentos Necessários (Cópias):

RG (), CPF(), Comprovante de Residência(), Certidão de Nascimento(Filhos Menores)(), Certidão de Casamento(), Para Avaliação Prévia – Exames Realizados nos Últimos 2 anos(), e Cópia de Contracheque().

Beneficiários:

Funcionários e Dependentes Legais (Cônjuges e Filhos até 29 anos Incompletos).

Forma de Pagamento:

Desconto em Folha.

Próximo Reajuste:

Abril de 2025 – 949
Novembro de 2024 - 2056

Vencimento: 30

Planos: 460400098/460462098/460472095/416052995

ANS - Nº327689