



ADESÃO UNIMED CURITIBA - PLANO COM COPARTICIPAÇÃO



Data: ____/____/____

(AFA preenche) Data de inclusão Unimed: ____/____/____

Nome do titular: Telefone: ()

Matrícula Emater/IDR: Região:

e-mail:

| TITULAR/DEPENDENTE | NOME DO INSCRITO NO PLANO | Nº CARTÃO UNIMED SEM COPARTICIPAÇÃO | ACOMODAÇÃO | |
|--------------------|---------------------------|-------------------------------------|------------|-------------|
| | | | ENFERMARIA | APARTAMENTO |
| GRAU DEPENDÊNCIA | | | | |
| | | 00.32.00000 | | |
| | | 00.32.00000 | | |
| | | 00.32.00000 | | |
| | | 00.32.00000 | | |
| | | 00.32.00000 | | |
| | | 00.32.00000 | | |

Autorização de Desconto:

Autorizo a AFA-PR descontar a importância da mensalidade e taxa de administração de benefícios, conforme comodação e faixa etária escolhida.

Assinatura:

DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO:

Anexar: cópia simples documentos:

TITULAR: FICHA SÓCIO, RG, CPF, COMPROVANTE ENDEREÇO

DEPENDENTES:

CONJUGE: CERTIDÃO CASAMENTO OU ESCRITURA PÚBLICA (registrada em cartório), CNH OU RG E CPF

FILHOS, IRMÃOS, CUNHADOS, NETOS E SOBRINHOS CONSANGUINEOS MAIORES: CERTIDÃO NASCIMENTO, CNH OU RG E CPF

FILHOS, IRMÃOS, CUNHADOS, NETOS E SOBRINHOS CONSANGUINEOS MENORES: CERTIDÃO NASCIMENTO COM CPF

GENRO E NORA: CERTIDÃO CASAMENTO OU ESCRITURA PÚBLICA (registrada em cartorio), CNH OU RG E CPF

FILHOS, IRMÃOS, CUNHADOS, NETOS, SOBRINHOS, GENROS E NORAS A COBERTURA É ATÉ 45 ANOS.

* NO PRIMEIRO MÊS É COBRADO A TAXA DE ADESÃO AO PLANO, CONFORME TABELA DE VALORES R\$ 15,30