

PROPOSTA DE ADMISSÃO AO PLANO DE SAÚDE - CONTRATOS COLETIVOS



Nome da Empresa				CNPJ										
** Plano Contratado (Ver legenda)		Tipo Contratação												
		<input type="checkbox"/> INCLUSÃO TITULAR <input type="checkbox"/> INCLUSÃO DEPENDENTE <input type="checkbox"/> *** TRANSFERENCIA DE PLANO - Número da carteira anterior: _____												
Nome do Beneficiário / Titular				CPF										
Data de Nascimento	RG	Sexo (F/M)	Estado Civil	Cartão Nacional de Saúde (CNS)										
			<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Divorciado / Separado											
Nome da Mãe				Data de Admissão										
Endereço Completo: Rua (R)/Avenida(Av)/Praça(Pca)/Alameda(Al)/Apartamento(AP)/Bloco(Bl)/Quadra(Qd)/Edifício(Ed)														
Dados dos Dependentes														
Nome	CPF	*Grau de Parentesco (Ver legenda)	Nome da mãe											
1														
2														
3														
4														
5														
LEGENDA														
*GRAU DE PARENTESCO 01 - Titular 02 - Cônjuge 03 - Companheiro 05 - Filhos até 20 anos 12- Enteado até 20 anos 13- Filhos de 21 a 32 anos 14- Enteado de 21 a 32 anos		** PLANO CONTRATADO (Deverá ser informado o produto contratado pela sua empresa. A seleção de produtos não contratados cancela todo processo). <table border="1"> <tr> <td>UNIVIDA BÁSICO COM PARTICIPAÇÃO</td> <td>UNIVIDA ESPECIAL SEM PARTICIPAÇÃO</td> </tr> <tr> <td>UNIVIDA ESPECIAL COM PARTICIPAÇÃO</td> <td>UNIVIDA BÁSICO SEM PARTICIPAÇÃO</td> </tr> <tr> <td>UNIFÁCIL BÁSICO COM PARTICIPAÇÃO</td> <td>UNIFÁCIL BÁSICO SEM PARTICIPAÇÃO</td> </tr> <tr> <td>UNIMED CIDADE BÁSICO COM PARTICIPAÇÃO</td> <td>UNIMED CIDADE BÁSICO SEM PARTICIPAÇÃO</td> </tr> <tr> <td>UNIMED CIDADE ESPECIAL COM PARTICIPAÇÃO</td> <td>UNIMED CIDADE ESPECIAL SEM PARTICIPAÇÃO</td> </tr> </table>			UNIVIDA BÁSICO COM PARTICIPAÇÃO	UNIVIDA ESPECIAL SEM PARTICIPAÇÃO	UNIVIDA ESPECIAL COM PARTICIPAÇÃO	UNIVIDA BÁSICO SEM PARTICIPAÇÃO	UNIFÁCIL BÁSICO COM PARTICIPAÇÃO	UNIFÁCIL BÁSICO SEM PARTICIPAÇÃO	UNIMED CIDADE BÁSICO COM PARTICIPAÇÃO	UNIMED CIDADE BÁSICO SEM PARTICIPAÇÃO	UNIMED CIDADE ESPECIAL COM PARTICIPAÇÃO	UNIMED CIDADE ESPECIAL SEM PARTICIPAÇÃO
UNIVIDA BÁSICO COM PARTICIPAÇÃO	UNIVIDA ESPECIAL SEM PARTICIPAÇÃO													
UNIVIDA ESPECIAL COM PARTICIPAÇÃO	UNIVIDA BÁSICO SEM PARTICIPAÇÃO													
UNIFÁCIL BÁSICO COM PARTICIPAÇÃO	UNIFÁCIL BÁSICO SEM PARTICIPAÇÃO													
UNIMED CIDADE BÁSICO COM PARTICIPAÇÃO	UNIMED CIDADE BÁSICO SEM PARTICIPAÇÃO													
UNIMED CIDADE ESPECIAL COM PARTICIPAÇÃO	UNIMED CIDADE ESPECIAL SEM PARTICIPAÇÃO													
Documentação Necessária														
Titular Carteira de trabalho, último contracheque ou ficha de empregado; CPF, RG e Comprovante de Residência; Cartão Nacional de Saúde (CNS). Dependentes Cônjuge: RG, CPF e Certidão de casamento; Companheiro: Declaração de Comunhão estável (Fé Pública), ou apresentação da sentença judicial de comunhão estável, além de RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde (CNS); Filhos ou enteado solteiros até 32 (trinta e dois) anos e 11 (onze) meses: Certidão de Nascimento (até 17 anos) ou RG, CPF e Cartão Nacional de Saúde (CNS). No caso de enteado, apresentar documento que comprove vínculo com o titular.		ATENÇÃO! No preenchimento dos formulários pertinentes ao processo NÃO poderá haver rasuras nas informações prestadas. O nome do beneficiário deverá ser idêntico ao do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) na Receita Federal do Brasil (RFB). Havendo divergência o nome será cadastrado conforme o descrito na RFB. CASO O BENEFICIÁRIO NECESSITE DE UMA CÓPIA DO CONTRATO, DEVERÁ SOLICITÁ-LA À EMPRESA/PJ CONTRATANTE.												
*** INFORMAÇÕES DO CANCELAMENTO DO PLANO ANTERIOR DA UNIMED SERGIPE A inclusão neste contrato não cancela plano anterior em que o beneficiário esteja inscrito bem como não isenta o pagamento de boletos gerados ou vencidos em função do não cancelamento. Esclarecemos ainda, que a inadimplência poderá acarretar no cadastro do contratante junto aos órgãos de proteção ao crédito, sem prejuízo à cobrança judicial do débito.														
Assinatura de Beneficiário / Titular _____ (Assinatura deve ser igual à do documento de identificação apresentado)														
Aracaju (Se) ____/____/_____ _____ Assinatura e Carimbo da Empresa		Recebido em ____/____/_____ _____ Assinatura e Carimbo da Unimed Sergipe		Processado em ____/____/_____ _____ Assinatura e Carimbo do Setor Cadastro										
CÓDIGO	LOJA DE VENDAS (CARIMBO E ASSINATURA)	PROFISSIONAL DE VENDAS (CARIMBO E ASSINATURA)												
Pendências descritas no verso da proposta.														
Devolvido por _____ em ____/____/_____			Prazo para solução: ____/____/_____											
Assinatura e Carimbo do Colaborador														