



## INCLUSÃO NO PLANO DE SAÚDE - UNIMED

### QUALIFICAÇÃO

Matrícula: \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Comp: \_\_\_\_\_  
Bairro: \_\_\_\_\_ Cep: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_  
Fone Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Fone Comercial: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

O Associado acima qualificado vem por meio do presente instrumento, requerer a inclusão junto ao Plano de saúde da UNIMED.

**Tipos de Plano:**  UNIPLAN (PAC 2410)  UNIPLAN (PAC 2411)  UNIFLEX ESTADUAL:  K9  K6  
 UNIFLEX NACIONAL:  K9  K6  Outro: \_\_\_\_\_

### DADOS DO DEPENDENTE

Nome: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Estado Civil: \_\_\_\_\_ Nome da Mãe: \_\_\_\_\_  
Tipo de Dependência:  Filho/Filha  Cônjuge  Outros: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

**Tipos de Plano:**  UNIPLAN (PAC 2410)  UNIPLAN (PAC 2411)  UNIFLEX ESTADUAL:  K9  K6  
 UNIFLEX NACIONAL:  K9  K6  Outro: \_\_\_\_\_

### TERMOS

O Associado acima qualificado vem por meio de o presente instrumento estar ciente dos seguintes termos:  
Caso a consignação em folha de pagamento não possa, por qualquer motivo ser efetivada, autoriza expressamente em caráter irrevogável e irretratável, sejam debitados os valores referentes à mensalidade do plano de saúde da Unimed em conta corrente bancária, através da qual recebe os seus vencimentos.

Tenho ciência dos direitos constados nos contratos referentes aos planos contratados, caso o desconto da mensalidade não seja executado por 2 (dois) meses por motivo de estorno, o mesmo será imediatamente cancelado.

Declaro que tenho ciência dos direitos constados no Plano de Benefício, com base nos termos do artigo 8º §§ 1º, 2º, 3º e 4º do Estatuto Social no que trata da inclusão ou permanência de dependentes.

Nestes termos, pede deferimento.

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura do ASSOCIADO: \_\_\_\_\_

### PARA USO DA ABEPOM

Funcionário do Cadastro: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Deferido  Indeferido

**Motivo:** \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura: \_\_\_\_\_

Funcionário da Cobrança: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Deferido  Indeferido

**Motivo:** \_\_\_\_\_

Carimbo e assinatura: \_\_\_\_\_



## INCLUSÃO NO PLANO DE SAÚDE - UNIMED