



**ABEPOM**

## TERMO DE RECEBIMENTO DA CARTEIRA PLANO DE SAÚDE UNIMED

### DADOS CADASTRAIS:

Matrícula: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Compl.: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Fone Residencial: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Fone Comercial: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

### 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 irretroatável, 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: \_\_\_\_\_