



ASSISTÊNCIA MÉDICA UNIMED - INCLUSÃO DE DEPENDENTES E ALTERAÇÃO DE PLANO

EMPRESA:

Nome do Beneficiário:

SEM ABREVIACÃO

CARGO:

ESCOLARIDADE:

CPF:

RG:

DT EXP:

Mat:

Data de Nascimento:

Estado Civil:

Sexo:

 M F

Nome da mãe do beneficiário:

SEM ABREVIACÃO

Endereço:

CEP:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

E-mail:

Telefone:

Plano:

 Enfermaria Apartamento SOS Unimed AeromédicoAPROVEITAMENTO DE
CARÊNCIA UNIMED CURITIBA - Nº CARTÃO: OUTRA OPERADORA**ÁREA DE ABRANGÊNCIA PARA O SOS UNIMED E AEROMEDICO - CURITIBA, ARAUCÁRIA E SÃO JOSÉ DOS PINHAIS****DEPENDENTES - O VALOR DA MENSALIDADE E COPARTICIPAÇÃO SERÁ DESCONTADO NA FOLHA DE PAGAMENTO.**

I - O cônjuge, ou convivente havendo união estável, na forma da lei.

II - Os filhos solteiros até 23 anos e 11 meses que permanecem sob dependência econômica do TITULAR RESPONSÁVEL.

III - O enteado, o menor sob guarda por força de decisão judicial e os menores tutelados, que ficam equiparados aos filhos.

IV - Os filhos inválidos.

1	Nome do Beneficiário:			
	CPF:		Data de Nascimento:	
	Estado Civil:		Sexo:	
	<input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Grau Dep		Data Casamento:	
<input type="checkbox"/> filho (a) <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> Outros: _____				
Nome da mãe do beneficiário:				
Plano:				
<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> SOS Unimed <input type="checkbox"/> Aeromedico				
2	Nome do Beneficiário:			
	CPF:		Data de Nascimento:	
	Estado Civil:		Sexo:	
	<input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Grau Dep		Data Casamento:	
<input type="checkbox"/> filho (a) <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> Outros: _____				
Nome da mãe do beneficiário:				
Plano:				
<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> SOS Unimed <input type="checkbox"/> Aeromedico				
3	Nome do Beneficiário:			
	CPF:		Data de Nascimento:	
	Estado Civil:		Sexo:	
	<input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Grau Dep		Data Casamento:	
<input type="checkbox"/> filho (a) <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> Outros: _____				
Nome da mãe do beneficiário:				
Plano:				
<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> SOS Unimed <input type="checkbox"/> Aeromedico				
4	Nome do Beneficiário:			
	CPF:		Data de Nascimento:	
	Estado Civil:		Sexo:	
	<input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
	Grau Dep		Data Casamento:	
<input type="checkbox"/> filho (a) <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> Outros: _____				
Nome da mãe do beneficiário:				
Plano:				
<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> SOS Unimed <input type="checkbox"/> Aeromedico				

Preencher os campos abaixo somente para ALTERAÇÃO DE PLANO

Plano Atual: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento	Plano para o qual deseja migrar: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento
--	--

Alteração do Plano

O **upgrade** e **downgrade** do plano é possível apenas para **mudança do tipo de acomodação** e poderão ser solicitados somente no aniversário do contrato, em novembro. Ao optar pelo **upgrade**, o beneficiário deverá permanecer no plano durante pelo menos 24 meses. A alteração poderá ser realizada somente uma vez.

Documentos Necessários

Entregar cópia dos seguintes documentos:

Filhos: Certidão de Nascimento, RG e CPF (obrigatório, independente da idade)

Menores sob guarda e filhos adotivos ou tutelados: Documento oficial de guarda/tutela, Certidão de Nascimento, RG e CPF

Cônjuge: Certidão de Casamento ou Certidão Pública de União Estável, RG e CPF.

**Para inclusão de filhos acima de 18 anos, a Certidão de Nascimento deverá ser atualizada em no máximo 60 dias.*

Data

Assinatura



