|  |
| --- |
| INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS**(PLANOS PRÉ-PAGAMENTO – REGULAMENTADO)** |
| **CONTRATANTE**: Assoc. Brasileira de Ind. e Fornec.**- UNINDUSTRIA** | **MODALIDADE: 32** | **PROPOSTA: 0001**  |
|  |  |  |
| **ABRANGÊNCIA: REGIONAL** | **ACOMODAÇÃO: COLETIVO - 02 LEITOS** | **MATRÍCULA:** |
|  |  |  |
| **Titular:**      | **Cód.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  |
| **Data de Nascimento:**       | **Sexo:**       | **Estado Civil:**       |
| **Profissão:**      |  **Nome da Mãe:** |
| **CPF:**      | **RG:**      | **Orgão Emis.:**      | **SUS:**      |
| **Endereço Residencial:**      | **Bairro:** |
| **Cidade:**      | **Estado:**   | **CEP:**      | **Fone 01:**       |
| **e-mail:**      | **Fone 02:**       |

 **DEPENDENTES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nome:**      | **Parentesco:**      |
| **Data de Nascimento:**       | **Sexo**:       | **Estado Civil:**        | **Profissão:**       |
| **CPF:**      | **RG:**      | **Orgão Emis.:**     | **Nome da Mãe:**       |
| **SUS:**      | **e-mail:**      | **Fone 01:**       |
|  |
| **Nome:**      | **Parentesco:**      |
| **Data de Nascimento:**       | **Sexo:**       | **Estado Civil:**        | **Profissão:**       |
| **CPF:**      | **RG:**      | **Orgão Emis.:**      | **Nome da Mãe:**       |
| **SUS:**      | **e-mail:**      | **Fone 01:**       |
|  |
| **Nome:**      | **Parentesco:**      |
| **Data de Nascimento:**       | **Sexo:**       | **Estado Civil:**        | **Profissão:**       |
| **CPF:**      | **RG:**      | **Orgão Emis.:**      | **Nome da Mãe:**       |
| **SUS:**      | **e-mail:**      | **Fone 01:**       |

**OBS:**

|  |
| --- |
| DECLARAÇÃOO usuário candidato a inclusão, declara, por si e por seus dependentes acima relacionados, que tem pleno conhecimento da existência e disponibilidade do **plano-referência**, denominado **UNIPAMPA** oferecido pela Unimed Erechim, porém, opta, livremente pela contratação deste. |
| **Erechim RS, 05/06/2017** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Local e Data Assinatura do usuário titular

|  |
| --- |
| * É indispensável o carimbo e a assinatura da empresa ou seu representante legal e assinatura do usuário titular.
* Somente serão aceitas inclusões no formulário próprio entregue pela UNIMED ERECHIM.
* Se o cadastro for somente do dependente o código do titular deverá ser informado.
* O preenchimento dos dados acima solicitados é indispensável para se efetuar o cadastramento.
* O nome do funcionário ou dependente a ser cadastrado deverá ser informado **sempre sem abreviaturas**.
 |

 |
| Carimbo e assinatura do contratante ou seu representante  |   |
|  |
|

|  |
| --- |
|  Recebido em:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ Por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

 |