|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DECLARAÇÃO O 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |