

PRODUTO ESCOLHIDO

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> UNIPART GLOBAL – SEMIPRIVATIVO | <input type="checkbox"/> UNIMAX GLOBAL – SEMIPRIVATIVO |
| <input type="checkbox"/> UNIPART GLOBAL – PRIVATIVO | <input type="checkbox"/> UNIMAX GLOBAL - PRIVATIVO |
| <input type="checkbox"/> UNIFÁCIL GLOBAL - ENFERMARIA | |

LEGENDA

DEP: Grau de dependência: 01 - titular, 02 - esposo(a), 03 - companheiro(a), 04 - filho(a), 07 - filho(a) adotivo(a), 09 - Outros
• EC = Estado Civil: 1 - Solteiro(a), 2 - Casado(a), 3 - Viúvo(a), 4 - Separado(a), 5 - Divorciado(a), 10 – Outros

DADOS CONTRATANTE E TITULAR

1	Nome		DEP	Sexo	EC	CPF
	Nome da mãe		Data Nascimento		Valor mensalidade	
	Endereço				E-mail	
	Bairro	Cidade	UF	CEP	Telefone de Contato	
	PRODUTOS ADICIONAIS					
Odonto Mais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Valor por pessoa R\$ 25,00	SOS Individual: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Valor por pessoa R\$ 15,00	

DADOS DEPENDENTES

2	Nome		DEP	Sexo	EC	CPF
	Nome da mãe		Data Nascimento		Valor mensalidade	
	PRODUTOS ADICIONAIS					
	Odonto Mais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Valor por pessoa R\$ 25,00	SOS Individual: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Valor por pessoa R\$ 15,00
3	Nome		DEP	Sexo	EC	CPF
	Nome da mãe		Data Nascimento		Valor mensalidade	
	PRODUTOS ADICIONAIS					
	Odonto Mais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Valor por pessoa R\$ 25,00	SOS Individual: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Valor por pessoa R\$ 15,00
4	Nome		DEP	Sexo	EC	CPF
	Nome da mãe		Data Nascimento		Valor mensalidade	
	PRODUTOS ADICIONAIS					
	Odonto Mais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Valor por pessoa R\$ 25,00	SOS Individual: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Valor por pessoa R\$ 15,00
5	Nome		DEP	Sexo	EC	CPF
	Nome da mãe		Data Nascimento		Valor mensalidade	
	PRODUTOS ADICIONAIS					
	Odonto Mais: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Valor por pessoa R\$ 25,00	SOS Individual: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Valor por pessoa R\$ 15,00

6	Nome	DEP	Sexo	EC	CPF
	Nome da mãe	Data Nascimento			Valor mensalidade
	PRODUTOS ADICIONAIS				
	Odonto Mais: () Sim () Não	Valor por pessoa R\$ 25,00		SOS Individual: () Sim () Não	Valor por pessoa R\$ 15,00
7	Nome	DEP	Sexo	EC	CPF
	Nome da mãe	Data Nascimento			Valor mensalidade
	PRODUTOS ADICIONAIS				
	Odonto Mais: () Sim () Não	Valor por pessoa R\$ 25,00		SOS Individual: () Sim () Não	Valor por pessoa R\$ 15,00
8	Nome	DEP	Sexo	EC	CPF
	Nome da mãe	Data Nascimento			Valor mensalidade
	PRODUTOS ADICIONAIS				
	Odonto Mais: () Sim () Não	Valor por pessoa R\$ 25,00		SOS Individual: () Sim () Não	Valor por pessoa R\$ 15,00

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins e efeitos, que, na condição de USUÁRIO TITULAR, acima qualificado, tenho pleno conhecimento das condições comerciais de assistência à saúde da qual solicitei a minha troca. Além disso, me declaro ciente de que meu atual plano com a Unimed Porto Alegre será rescindido a fim de que não haja duplicidade de planos em meu nome.

Autorizo, ainda, que a Unimed Porto Alegre efetive a cobrança das mensalidades e qualquer valor igualmente decorrente de coparticipações na utilização do plano contrato de assistência à saúde, diretamente através de boleto bancário.

Neste sentido, tenho pleno conhecimento e autorizo que, na hipótese de eu não efetuar o pagamento dos valores cobrados pela Unimed Porto Alegre, esta poderá inscrever meu nome junto ao cadastro negativo do Serviço de Proteção ao Crédito, bem como emitir duplicata de serviços prestados e leva-la aponte junto ao Tabelionato de Protestos Cambiais, sem prejuízo da suspensão dos serviços contratados, até o adimplemento dos valores em atraso.

Estou ciente que meu vínculo com a Unimed Porto Alegre se originou através do contratante Hospital de Clínicas de Porto Alegre, e em caso de desligamento do funcionário que gerou meu vinculo o contrato se findará.

Local

Data

Assinatura do Usuário Titular