

() ADESÃO () TROCA DE PLANO () INCLUSÃO DE DEPENDENTE

I - DADOS USUÁRIO TITULAR (Adesão Obrigatória)

Nome (Não utilizar abreviações)					
Sexo	Estado Civil	Data Nascimento	RG:	CPF:	
Órgão Expedidor	Profissão				
Nome da mãe (Não utilizar abreviações)					
Função/cargo			Telefone 1	Telefone 2	
E-mail					
Endereço Residencial	(Rua, Av. ...)			Nº	Apto
	Bairro		Cidade:	CEP:	Telefone

II - DADOS USUÁRIOS DEPENDENTES

1	Nome Completo (Não utilizar abreviações)					DEP
	CPF	Data Nascimento	Sexo:	Estado Civil:	Telefone 1	
	Endereço		Bairro	Cidade		
	UF	CEP	Nome da mãe (Não utilizar abreviações)			
2	Nome Completo (Não utilizar abreviações)					DEP
	CPF	Data Nascimento	Sexo:	Estado Civil:	Telefone 1	
	Endereço		Bairro	Cidade		
	UF	CEP	Nome da mãe (Não utilizar abreviações)			
3	Nome Completo (Não utilizar abreviações)					DEP
	CPF	Data Nascimento	Sexo:	Estado Civil:	Telefone 1	
	Endereço		Bairro	Cidade		
	UF	CEP	Nome da mãe (Não utilizar abreviações)			
4	Nome Completo (Não utilizar abreviações)					DEP
	CPF	Data Nascimento	Sexo:	Estado Civil:	Telefone 1	
	Endereço		Bairro	Cidade		
	UF	CEP	Nome da mãe (Não utilizar abreviações)			

III - PRODUTOS DISPONÍVEIS

PROTOCOLADO

Indicar apenas uma opção:

() Unifácil Global Enfermaria (20-01-49)

() Unipart Global Semiprivativo (20-01-48) () Unipart Global Privativo (20-01-47)

() Unimax Global Semiprivativo (20-01-46) () Unimax Global Privativo (20-01-45)

Demais especificações de coberturas contratuais e participações estão disponíveis no instrumento contratual.

IV - DECLARAÇÃO

Declaro que são integralmente verdadeiras as informações ora prestadas.
Declaro, ainda, ter plena ciência de que a presente inclusão implica na extinção do plano anterior, ambos sob responsabilidade da UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, bem como de que a fatura digital será enviada ao e-mail preenchido no campo titular e estará disponível no site da Unimed Porto Alegre em meu acesso restrito, dispensando o envio da fatura física. A adesão somente terá validade após a respectiva aceitação pela Unimed Porto Alegre em até cinco dias úteis. A Unimed Porto Alegre, reserva-se ao direito de requerer toda e qualquer documentação que se faça necessária para esclarecimento ou complemento das informações aqui prestadas.
Fica a Unimed Porto Alegre autorizada a utilizar esta declaração em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo cadastral.

_____, ____ de _____ de _____.

Local e data

Assinatura do Usuário Titular