



FORMULÁRIO DE INCLUSÃO UNIMED

Para solicitar a *inclusão no plano UNIMED CURITIBA imprima e preencha o "FORMULÁRIO DE INCLUSÃO UNIMED" e a "AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO" e envie juntamente com a cópia do RG, CPF, certidão de casamento (caso o cônjuge seja incluído) e certidão de nascimento (em caso de inclusão de filhos menores) ao GRC – Gestão de Relacionamento com o Cooperado - através do site (www.dentaluni.com.br> após realizar seu login na opção "GRC - Meus Protocolos".

Inclusões realizadas após 30 dias da data de admissão do cooperado ou do nascimento do(s) filho(s) cumprirão, obrigatoriamente, às carências pré-estabelecidas pela UNIMED CURITIBA e nesses casos o titular e o dependente deverão preencher a"entrevista qualificada"no momento da entrega do"FORMULÁRIO DE INCLUSÃO UNIMED".

- Carência de 10 meses para obstetricia.
- Carência de 06 meses para acomodação em apartamento.

Para informações adicionais entre em contato através do GRC- Meus Protocolos ou pelos telefones: 4007 2300 (capitais e regiões metropolitanas) | 0800 603 3683 (demais localidades)

O formulário para inclusão deverá ser entregue até o dia 20 de todos os meses. Após esta data, a inclusão será efetivada somente no primeiro dia útil após o mês subsequente. Caso possua outro plano da UNIMED apresentar a cópia do cartão ou uma carta de permanencia junto com o formulário de inclusão.

PLANO	856	857	858	859			
IDADE	ENFERMARIA COM OBSTETRICIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO COM OBSTETRICIA	APARTAMENTO			
0 -18	R\$ 285,00	R\$ 179,39	R\$ 352,06	R\$ 246,44			
19 - 23	R\$ 331,94	R\$ 228,01	R\$ 437,56	R\$ 285,00			
24 - 28	R\$ 352,06	R\$ 246,44	R\$ 466,05	R\$ 313,51			
29 - 33	R\$ 399,02	R\$ 303,44	R\$ 570,01	R\$ 370,50			
34 - 38	R\$ 427,49	R\$ 323,55	R\$ 608,56	R\$ 409,05			
39 - 43	R\$ 474,45	R\$ 370,50	R\$ 741,00	R\$ 523,07			
44 - 48	R\$ 580,06	R\$ 484,51	R\$ 779,57	R\$ 590,12			
49 - 53	R\$ 761,12	R\$ 684,02	R\$ 960,63	R\$ 789,61			
54 - 58	R\$ 875,13	R\$ 818,11	R\$ 1.208,73	R\$ 970,67			
> 59	R\$ 1.198,69	R\$ 1.084,68	R\$ 1.788,79	R\$ 1.483,66			
		*TAXA DE INCLUSÃO	- R\$54,61				
	*S	OS UNIMED EMERGENCIA (OF	PCIONAL) - R\$16,98				

^{*}TAXA DE INCLUSÃO: Será cobrada apenas na primeira mensalidade (por pessoa).

^{*} SOS UNIMED: Somente Curitiba, Araucária e São José dos Pinhais. R\$16,98 (por pessoa).

	INCLUSÃO	
INCLUSÃO NORMAL (1ª dia do próximo mês)	INCLUSÃO 24 HRS*	

* Inclusão 24hrs implicará na cobrança proporcional dos dias de inclusão do mês referente.

															CC	OPE	RAD	0	TITU	ILAR															
PLAN	10 0	CONT	ΓRΑΤ	ADO															SOS	UNI	MED	(OP	CIO	NAL)		Г	ATA	١							
			T																		7	(-/		[•] [Т		
NOM	E C	OMP	L LET()																						L			J						
																												(CRO						
DATA	A DE	NA:	SCIM	IENT) 		_		_	ES	TAD	O CI	VIL								_	SI	EXO		CPF	=	ı	Г			_				
RG									DΔT	ΔDF	FX	PEDI	CÃO						ÓRO	GÃO E	YPF] חנות) R												
]					ÇAU						ORC	JAOL	-XI LI														
PIS											J L				<u> </u>																_				
ENDI	ERE	ÇO F	RESI	DEN	CIAL																							\top			$\overline{}$				
BAIRE	RO																											CE	 P						
DAIN																												CL							
CID	ADE			<u> </u>	1						1		1	1		1			1	1			UF	1	1	I ELEF	ONE	([DD+	N°)					
																												Ė							
NOM	IE D	АМ	ÃE							·			·			•	·			·									1						
													-						-																
																DE	PEN	DEN	TE	ı															
PLAI	NO (CON.	TRA ⁻	ΓADO)													S	50S (JNIM	ED (OPC:	ION	AL)		GR	AU I	DE	PARE	NTE	SCC)			
																													T					7	
											-																							_	
NOM	IE C	ЮМІ	PLE	ГО																															
											Τ					Τ														1			-		
																														1					
RG									DAT	A DF	FXP	EDIÇ	ÃO						ÓRO	GÃO	FXPF	חוח	OR												
]			7 [1019								J, 10		0.0													
DE 6	1.6.5	\ C ~		L		00	m	_			J L												1	1	<u> </u>				1						
DEC	LAKA	чÇА	<u>U D</u>	E NA	SCID	US V	IVO	5																											
ENDI	ERE(ÇO F	L RESI	L DEN	CIAL													<u> </u>	<u> </u>											<u> </u>					
BAIRE	RO				1		1														,				,	1		CE)						
ш																						Į	UF		Т	ELEF	ONE	(D	DD+	N°)					
CID	ADE														1													ا ا		Ť	_	_			
			\																																
CIDA			ĂΕ																																
			ĂΕ																																

																DI	PEI	IDEN	ITE II																
																			.06:	18174	ED (C	DOTO:													
PLAN	10 C	ONT T	RAT	ADC)					Т		\top				1		5	50S L	MINU	_ ED (O	PCION	IAL)		G	RAU	DE	PARE	ENTE	SCO)				
ОМ	E CC	OMP	LET	0																									•			•			
										Τ	Т					Π						\top	<u> </u>	T				Τ		Τ		T	$\overline{}$		
							<u> </u>		_								<u> </u>								_										
G									DAT	A D	EEXF	PED:	IÇÃ	0					ÓRO	GÃO	EXPED	DOR													
ECL	ARA	ÇÃC) DE	NA	SCIE	OS \	/IVC	S																											
NDE	REÇ	O R	ESI	DEN	CIAL				1	Т		1																							
AIRR	0																										CE	D							
MKK		П							Τ			Т	П														CEI	T			Т	Т	П		
CIDA	DE																					UF			_ TELE	FONE	 (C	DD+	-N°)						
																											Ì								
IOM	E DA	ΜÃ	E																					,		'									
									1	1												1													
											1																							•	
																DE	PEN	IDEN	TE I	II															
																DE	PEN	IDEN	TE I	II			'												
PLAN	IO C	ONT	⊺R A T	(ADC)											DE	PEN				ED (O	PCION	IAL)		G	RAU	DE	PARE	ENTE	SCO)				
PLAN	IO C	ONT	「RAT	·ADC)											DE	PEN				ED (O	PCION	IAL)		G	RAU	DE	PARE	ENTE	SCO)				
)											DE	PEN				ED (O	PCION	IAL)		G	RAU	DE	PARE	ENTE	SCC)				
)											DE	PEN				ED (O	PCION	IAL)		G	RAU	DE	PARE	ENTE	esco)				
)											DE	PEN				ED (O	PCION	IAL)		G	RAU	DE	PARE	ENTE	esco					
)											DE	PEN				ED (O	PCION	IAL)		G	RAU	DE	PARE	ENTE	esco					
PLAN)				DAT	TA D	EEXF	PEDI	IÇÃ	0		DE	PEN		SOS U	JNIM	EXPED		JAL)		G	RAU	DE	PARE	ENTE	esco					
IOM)				DAT	TA D	EEXR	PEDI	ıçã	0		DE	PEN		SOS U	JNIM			JAL)		G	RAU	DE	PARE	ENTE	SCO					
IOM RG	E CC	OMP	PLET	0		DOOS 1	Vivo	DS	DAT	TA D	EEXR	PEDI	IÇÃ	0		DE	PEN		SOS U	JNIM			AL)		G	RAU	DE	PARE	ENTE	esco					
IOM RG	E CC	OMP	PLET	0		DOS!	VIVC		DAT	TA D	EEXF	PEDI	IÇÃ	0		DE	PEN		SOS U	JNIM			JAL)		G	RAU	DE	PARE	ENTE	SCO					
RG	E CC	ÇÃ(D DE	O E NA	SCIL		VIVC	DS	DAT	TA D	EEXF	PED	IÇÃ	0		DE	PEN		SOS U	JNIM			IIAL)		G	RAU	DE	PARE	ENTE	SCO					
JOM JOM JON	ARA	ÇÃ(D DE	O E NA	SCIL		VIVC	DS	DAT	TA D	EEXF	PED	IÇÃ	0		DE	PEN		SOS U	JNIM			IAL)		G	RAU			ENTE	Sesco					
IOM	ARA	ÇÃ(D DE	O E NA	SCIL		VIVC	DS	DAT	TA D	EEXF	PEDI	IÇÃ	0		DE	PEN		SOS U	JNIM			AL)		G	RAU	DE		ENTE	ESCO					
RG DECL AARR	ARA EREC	ÇÃ(D DE	O E NA	SCIL		VIVC	DS	DAT	TA D	EEXF	PED	IÇÃ	0		DE	PEN		SOS U	JNIM		IDOR	IAL)				CEL	P		SSCO					
RG	ARA EREC	ÇÃ(D DE	O E NA	SCIL		VIVC		DAT	TA D	EEEXF	PEDI	IÇÃ	0		DE	PEN		SOS U	JNIM			IIAL)			RAU	CEL	P		Sco					
DECL CIDA	ARA O ADE	ÇÃC	D DE	O E NA	SCIL		VIVC	DS	DAT	TA D	EEXF	PEDI	IÇÃ	0		DE	PEN		SOS U	JNIM		IDOR	IAL)				CEL	P		Sesco					
RG DECL AARR	ARA O ADE	ÇÃC	D DE	O E NA	SCIL		VIVO	DS DS	DAT	TA D	EEXF	PEDI	IÇÃ	0		DE	PEN		SOS U	JNIM		IDOR	IAL)				CEL	P							

- 1. Os dados pessoais preenchidos acima serão utilizados exclusivamente para a prestação dos serviços contratados nos termos do artigo 7º, inciso V, da Lei Federal nº 13.709/2018 Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais LGPD, ressalvada eventual obrigação legal que exija os dados ou a adesão a termo de consentimento que preveja outras condições de tratamento destes dados pessoais.
- 2. Eventualmente, a DENTAL UNI compartilhará os referidos dados com autoridades, fornecedores e prestadores de serviços para que sejam cumpridas as finalidades previstas anteriormente. Os dados permanecerão sob a guarda da DENTAL UNI após o término da relação contratual para exercício regular de direitos e cumprimento de eventuais obrigações legais e/ou regulatórias.
- 3. A DENTAL UNI se compromete a zelar pela segurança dos dados pessoais aos quais tiver acesso, exercendo as boas práticas de governança e segurança da informação, na forma da Lei.
- 4. Dúvidas ou maiores esclarecimentos a respeito do tratamento dos dados pessoais ora preenchidos devem ser tratados por meio do canal exclusivo com o encarregado de dados pessoais da DENTAL UNI no e-mail privacidade@dentaluni.com.br.

COOPERADO TITULAR

Autorizo a inclusão de minha pessoa, bem como de meus dependentes legais (assim definidos na cláusula 22ª do Termo Aditivo 001/03 do contrato nº 112/02), no plano de saúde UNIMED.

Por oportuno, para que produza seus jurídicos e legais efeitos, declaro que o contrato firmado é na forma coletiva empresarial, sendo que é de meu conhecimento que o não pagamento, na época própria, de qualquer parcela referente ao plano UNIMED por mim assumido ou pelos meus dependentes, ensejará no cancelamento do plano junto à UNIMED.

E, por ser expressão da verdade, firmo a presente.

NOME COMPLETO															
											C	RO			
												_	'	•	
			Assina	atura	e CRO	do co	opera	do		_					
							•								
			AUTORI	IZACÃO	D DE	DÉBIT	O AUT	гома́т	ICO						
			AUTORI	IZAÇÃO) DE	DÉBIT	O AUT	ГОМÁТ	ICO						
PREFIXO / Nº DA AGÊNCIA	Nº DA CON	TA CORREN		ZAÇÃO) DE	DÉBIT	O AUT	ГОМÁТ	ICO						
PREFIXO / Nº DA AGÊNCIA	Nº DA CON	TA CORREN		ZAÇÃO	D DE	DÉBIT	O AUT	romát	ICO						
	Nº DA CON	TA CORREN		ZAÇÃO	D DE	DÉBIT	O AUT	TOMÁT	ICO						
PREFIXO / Nº DA AGÊNCIA NOME COMPLETO	Nº DA CON	TA CORRENT		ZAÇÃO	D DE	DÉBIT	O AUT	ГОМА́Т	ICO						
	Nº DA CON	TA CORRENT		ZAÇÃC	D DE	DÉBIT	O AUT	TOMÁT	ICO						
	Nº DA CON	TA CORRENT		ZAÇÃC	D DE	DÉBIT	O AUT	TOMÁT	ICO		C	RO			

Referente ao Benefício: Plano de Saúde. | Data para Débito: Dia 15 de todos os meses.

FINALIDADE DE DÉBITO

- 1. Autorizo o Banco SANTANDER adebitarem minha conta corrente o valor correspondente à quitação doscompromissos junto à empresa DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA.
- 2. Comprometo-me, desde já, a manter saldo suficiente para o referido débito, ficando o banco isento de qualquer responsabilidade decorrente da não liquidação do compromisso por insuficiência de saldo na data do vencimento.
- 3. Em caso de dúvida ou reclamação sobre datas de vencimento e/ou valores, devo solicitar esclarecimentos diretamente à empresa DENTAL UNI COOPERATIVA ODONTOLÓGICA.
- 4.O banco se reserva o direito de,a qualquer tempo, cancelar a presente prestação de serviço, mediante comunicação por escrito.
- 5. A insuficiencia de saldo no dia do débito acarretará em multa de 10% e correção de 0,0666% ao dia.

Data:	_/	_/					
			Δssin	atura e CRO	do cooperad	0	