

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 obstetria.
- 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)

*Somente para dependentes legais (cônjuge e filhos de até 30 anos).

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 permanência junto com o formulário de inclusão.

Plano	856	857	858	859	*TAXA DE INCLUSÃO	*SOS UNIMED EMERGENCIA (OPCIONAL)
IDADE	ENFERMARIA COM OBSTETRICIA	ENFERMARIA	APARTAMENTO COM OBSTETRICIA	APARTAMENTO		
0 - 18	R\$ 219,23	R\$ 137,99	R\$ 270,82	R\$ 189,57	R\$ 42,01	R\$ 14,70
19 - 23	R\$ 255,34	R\$ 175,39	R\$ 336,59	R\$ 219,23	R\$ 42,01	R\$ 14,70
24 - 28	R\$ 270,82	R\$ 189,57	R\$ 358,50	R\$ 241,16	R\$ 42,01	R\$ 14,70
29 - 33	R\$ 306,94	R\$ 233,42	R\$ 438,47	R\$ 285,00	R\$ 42,01	R\$ 14,70
34 - 38	R\$ 328,84	R\$ 248,88	R\$ 468,12	R\$ 314,65	R\$ 42,01	R\$ 14,70
39 - 43	R\$ 364,96	R\$ 285,00	R\$ 570,00	R\$ 402,36	R\$ 42,01	R\$ 14,70
44 - 48	R\$ 446,20	R\$ 372,70	R\$ 599,67	R\$ 453,94	R\$ 42,01	R\$ 14,70
49 - 53	R\$ 585,48	R\$ 526,17	R\$ 738,95	R\$ 607,39	R\$ 42,01	R\$ 14,70
54 - 58	R\$ 673,18	R\$ 629,32	R\$ 929,80	R\$ 746,67	R\$ 42,01	R\$ 14,70
> 59	R\$ 922,07	R\$ 834,37	R\$ 1.375,99	R\$ 1.141,28	R\$ 42,01	R\$ 14,70

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

* SOS UNIMED: Somente Curitiba, Araucária e São José dos Pinhais. R\$14,70 (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.

COOPERADO TITULAR

PLANO CONTRATADO

SOS UNIMED (OPCIONAL)

☐

DATA

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO

ESTADO CIVIL

SEXO

CPF

CRO

RG

DATA DE EXPEDIÇÃO

ÓRGÃO EXPEDIDOR

PIS

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

CEP

CIDADE

UF

TELEFONE (DDD+Nº)

NOME DA MÃE

DEPENDENTE I

PLANO CONTRATADO

SOS UNIMED (OPCIONAL)

☐

GRAU DE PARENTESCO

NOME COMPLETO

RG

DATA DE EXPEDIÇÃO

ÓRGÃO EXPEDIDOR

DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

CEP

CIDADE

UF

TELEFONE (DDD+Nº)

NOME DA MÃE

DEPENDENTE II

[illegible]

7

--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

--	--

--	--	--	--

[illegible][illegible][illegible][illegible]

--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

--	--

--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

DEPENDENTE III

[illegible]

7

--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--

--	--

--	--	--	--

[illegible][illegible][illegible][illegible]

--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

--	--

--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible]

- _____

COOPERADO TITULAR

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

[illegible]

Assinatura e CRO do cooperado

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

[illegible][illegible]

FINALIDADE DE DÉBITO

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

1. Autorizo o Banco SANTANDER debitar minha conta corrente o valor correspondente à quitação dos compromissos 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 insuficiência de saldo no dia do débito acarretará em multa de 10% e correção de 0,0666% ao dia.

Data: ____/____/____

Assinatura e CRO do cooperado

