

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.
- Abrangência Nacional
- Coparticipação de 50%, com teto máximo de **R\$232,34** (duzentos e trinta e dois reais e trinta e quatro centavos) por procedimento (quantidade) executada.

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 permanência junto com o formulário de inclusão.

ABAIXO TABELA DE PREÇOS DO PLANO DE SAÚDE PARA OS COOPERADOS DA DENTAL UNI

IDADE	PLANO 856 ENFERMARIA COM OBSTETRICIA	PLANO 857 ENFERMARIA SEM OBSTETRICIA	PLANO 858 APARTAMENTO COM OBSTETRICIA	PLANO 859 APARTAMENTO SEM OBSTETRICIA
0 - 18	R\$ 299,25	R\$ 188,36	R\$ 369,66	R\$ 258,76
19 - 23	R\$ 348,54	R\$ 239,41	R\$ 459,44	R\$ 299,25
24 - 28	R\$ 369,66	R\$ 258,76	R\$ 489,35	R\$ 329,19
29 - 33	R\$ 418,97	R\$ 318,61	R\$ 598,51	R\$ 389,03
34 - 38	R\$ 448,86	R\$ 339,73	R\$ 638,99	R\$ 429,50
39 - 43	R\$ 498,17	R\$ 389,03	R\$ 778,05	R\$ 549,22
44 - 48	R\$ 609,06	R\$ 508,74	R\$ 818,55	R\$ 619,63
49 - 53	R\$ 799,18	R\$ 718,22	R\$ 1.008,66	R\$ 829,09
54 - 58	R\$ 918,89	R\$ 859,02	R\$ 1.269,17	R\$ 1.019,20
>59	R\$ 1.258,62	R\$ 1.138,91	R\$ 1.878,23	R\$ 1.557,84

TAXA DE INCLUSÃO: R\$57,34 (COBRADA UMA ÚNICA VEZ POR PESSOA)
***S.O.S UNIMED EMERGENCIA - SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL - R\$ 18,61 POR PESSOA (OPCIONAL)**

* SOS UNIMED: Somente Curitiba, Araucária e São José dos Pinhais. R\$18,61 (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	
-------------------	--

Termo Aditivo 001/05 do Contrato nº 112/02, no plano de saúde UNIAFED;

27, por ser: supressão da verdade, crime a presente.

[illegible]

Assinatura e CRO do cooperado

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

[illegible][illegible]

FINALIDADE DE DÉBITO	
1	1.1
2	2.1
3	3.1
4	4.1
5	5.1
6	6.1
7	7.1
8	8.1
9	9.1
10	10.1
11	11.1
12	12.1
13	13.1
14	14.1
15	15.1
16	16.1
17	17.1
18	18.1
19	19.1
20	20.1
21	21.1
22	22.1
23	23.1
24	24.1
25	25.1
26	26.1
27	27.1
28	28.1
29	29.1
30	30.1
31	31.1
32	32.1
33	33.1
34	34.1
35	35.1
36	36.1
37	37.1
38	38.1
39	39.1
40	40.1
41	41.1
42	42.1
43	43.1
44	44.1
45	45.1
46	46.1
47	47.1
48	48.1
49	49.1
50	50.1
51	51.1
52	52.1
53	53.1
54	54.1
55	55.1
56	56.1
57	57.1
58	58.1
59	59.1
60	60.1
61	61.1
62	62.1
63	63.1
64	64.1
65	65.1
66	66.1
67	67.1
68	68.1
69	69.1
70	70.1
71	71.1
72	72.1
73	73.1
74	74.1
75	75.1
76	76.1
77	77.1
78	78.1
79	79.1
80	80.1
81	81.1
82	82.1
83	83.1
84	84.1
85	85.1
86	86.1
87	87.1
88	88.1
89	89.1
90	90.1
91	91.1
92	92.1
93	93.1
94	94.1
95	95.1
96	96.1
97	97.1
98	98.1
99	99.1
100	100.1

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

