

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 obstetrícia.
- 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.

VALORES					
Plano	856	857	858	859	Taxa de Inclusão
Idade	Enfermaria com Obstetrícia	Enfermaria	Apartamentocom Obstetrícia	Apartamento	
0-18	R\$ 208,79	R\$ 131,42	R\$ 257,92	R\$ 180,54	R\$ 40,01
19-23	R\$ 243,18	R\$ 167,04	R\$ 320,56	R\$ 208,79	R\$ 40,01
24-28	R\$ 257,92	R\$ 180,54	R\$ 341,43	R\$ 229,68	R\$ 40,01
29-33	R\$ 292,32	R\$ 222,30	R\$ 417,59	R\$ 271,43	R\$ 40,01
34-38	R\$ 313,18	R\$ 237,03	R\$ 445,83	R\$ 299,67	R\$ 40,01
39-43	R\$ 347,58	R\$ 271,43	R\$ 542,86	R\$ 383,20	R\$ 40,01
44-48	R\$ 424,95	R\$ 354,95	R\$ 571,11	R\$ 432,32	R\$ 40,01
49-53	R\$ 557,60	R\$ 501,11	R\$ 703,76	R\$ 578,47	R\$ 40,01
54-58	R\$ 641,12	R\$ 599,35	R\$ 885,52	R\$ 711,11	R\$ 40,01
>59	R\$ 878,16	R\$ 794,64	R\$ 1.310,47	R\$ 1.086,93	R\$ 40,01

SOS UNIMED CURITIBA: Som ent e Curitiba, Araucária e São José dos Pinhais. R\$ 16,00 por pessoa.

INCLUSÃO

INCLUSÃO NORMAL (1ª dia do próximo mês)

INCLUSÃO 24 HRS*

COOPERADO TITULAR

PLANO CONTRATADO

DATA

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO

ESTADO CIVIL

SEXO

CPF

RG

DATA DE EXPEDIÇÃO

ÓRGÃO EXPEDIDOR

PIS

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

CEP

CIDADE

UF

TELEFONE (DDD+Nº)

NOME DA MÃE

DEPENDENTE I

PLANO CONTRATADO

GRAU DE PARENTESCO

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO

ESTADO CIVIL

SEXO

CPF

RG

DATA DE EXPEDIÇÃO

ÓRGÃO EXPEDIDOR

DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS

ENDEREÇO RESIDENCIAL

BAIRRO

CEP

CIDADE

UF

TELEFONE (DDD+Nº)

NOME DA MÃE

DEPENDENTE II

PLANCONTRATADO															GRAU DE PARENTESCO																
NOME COMPLETO																															
																									CRO						
DATA DE NASCIMENTO					ESTADO CIVIL					SEXO		CPF																			
RG					DATA DE EXPEDIÇÃO					ÓRGÃO EXPEDIDOR																					
DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS																															
ENDEREÇO RESIDENCIAL																															
BARRIO																									CEP						
CIDADE																				UF		TELEFONE		(DDD+Nº)							
NOME DA MÃE																															

DEPENDENTE III

PLANOCONTRATADO															GRAU DE PARENTESCO														
NOME COMPLETO																													
																									CRO				
DATA DE NASCIMENTO					ESTADO CIVIL										SEXO					CPF									
RG			DATA DE EXPEDIÇÃO							ÓRGÃO EXPEDIDOR																			
DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS																													
ENDEREÇO RESIDENCIAL																													
BAIRRO																				CEP									
CIDADE															UF					TELEFONE (DDD+Nº)									
NOME DA MÃE																													

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																													
																									CRO				

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

Assinatura e CRO do cooperado

AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

PREFIXO / Nº DA AGÊNCIA	Nº DA CONTA CORRENTE

[illegible][illegible]

CRO						
-----	--	--	--	--	--	--

FINALIDADE DE DÉBITO

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

1. Autorizo o Banco SANTANDER addebitar 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