

**IDENTIFICAÇÃO  
DADOS USUARIO TITULAR**

**1**

Nome \_\_\_\_\_ DEP \_\_\_\_\_ Data Nasc. \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ EC \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Nome do pai \_\_\_\_\_ Nome da mãe \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ Órgão emissor \_\_\_\_\_ Páís Emissor \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ PIS/PASEP \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

**DADOS USUÁRIOS DEPENDENTES**

**2**

Nome \_\_\_\_\_ DEP \_\_\_\_\_ Data Nasc. \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ EC \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Nome do pai \_\_\_\_\_ Nome da mãe \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ Órgão emissor \_\_\_\_\_ Páís Emissor \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ PIS/PASEP \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

**3**

Nome \_\_\_\_\_ DEP \_\_\_\_\_ Data Nasc. \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ EC \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Nome do pai \_\_\_\_\_ Nome da mãe \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ Órgão emissor \_\_\_\_\_ Páís Emissor \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ PIS/PASEP \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

**4**

Nome \_\_\_\_\_ DEP \_\_\_\_\_ Data Nasc. \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ EC \_\_\_\_\_

Endereço \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

UF \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_ Nome do pai \_\_\_\_\_ Nome da mãe \_\_\_\_\_

RG \_\_\_\_\_ Órgão emissor \_\_\_\_\_ Páís Emissor \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_ PIS/PASEP \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_

DEP: Grau de dependência: 01 - titular, 02 - esposo(a), 03 - companheiro(a), 04 - filho(a), 07 - filho(a) adotivo(a), 09 - Outros  
 • DN = Data de nascimento • EC = Estado Civil: 1 - Solteiro(a), 2 - Casado(a), 3 - Viúvo(a), 4 - Separado(a), 5 - Divorciado(a), 10 - Outros

PLANOS COM CO-PARTICIPAÇÃO	PLANOS SEM CO-PARTICIPAÇÃO
<b>Plano Escolhido:</b> <input type="checkbox"/> UNIMAX GLOBAL SEMIPRIVATIVO <input type="checkbox"/> UNIMAX GLOBAL PRIVATIVO <input type="checkbox"/> UNIPART GLOBAL SEMIPRIVATIVO <input type="checkbox"/> UNIPART GLOBAL PRIVATIVO	<b>Plano Escolhido:</b> <input type="checkbox"/> UNIMAX GLOBAL SEMIPRIVATIVO <input type="checkbox"/> UNIMAX GLOBAL PRIVATIVO <input type="checkbox"/> UNIPART GLOBAL SEMIPRIVATIVO <input type="checkbox"/> UNIPART GLOBAL PRIVATIVO

PRODUTO OPCIONAL:  SOS - Usuários  1  2  3  4  ODONTO UNIMED  1  2  3  4

TIPO DE SOLICITAÇÃO:  Adesão  Inclusão de dependente  Alteração de Plano

Situação do usuários:  ATIVO  APOSENTADO  PENSIONISTA

Declaro, para os devidos fins e efeitos, que, na condição de USUÁRIO TITULAR, acima qualificado, tenho pleno conhecimento e aceito os termos, cláusulas e condições do contrato de assistência à saúde do qual requeiro minha adesão.  
 De outra parte autorizo a Unimed Porto Alegre a enviar mensalmente Doc bancário para minha residência dos valores referentes à contraprestação econômica mensal e demais compromissos financeiros decorrentes do destacado Plano de Assistência à saúde, objeto desta solicitação de Adesão.  
 Por fim, qualquer alteração em relação a presente autorização será comunicada por mim, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, de forma expressa e escrita.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 Local Data Assinatura do Usuário Titular