



# ADESÃO UNIMED



Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(AFA preenche) Data de inclusão Unimed: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do Funcionário: ..... Telefone: (     ) .....

Matrícula Emater: ..... Local: ..... Região: .....

TITULAR/DEPENDENTE	Nome dos Inscritos	ACOMODAÇÃO				
		TERMO	COLETIVO		INDIVIDUAL	
GRAU DEPENDÊNCIA		AMBULATORIAL	ENFERMARIA	ENFERMARIA+OBST.	APARTAMENTO	APARTAMENTO+OBST.

NESSA MODALIDADE ASSINAR:  
TERMO DE CIÊNCIA

### Autorização de Desconto:

Autorizo a AFA-PR descontar a importância de R\$ ....., referente ao Plano de Saúde Unimed.

Assinatura: .....

### DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA INCLUSÃO:

Anexar: cópia simples documentos:

**TITULAR:** FICHA SÓCIO, RG, CPF, COMPROVANTE ENDEREÇO

**DEPENDENTES:**

**CONJUGE:** CERTIDÃO CASAMENTO OU ESCRITURA PÚBLICA (registrada em cartório), CNH OU RG E CPF

**FILHOS, IRMÃOS, CUNHADOS, NETOS E SOBRINHOS CONSANGUÍNEOS MAIORES:** CERTIDÃO NASCIMENTO, CNH OU RG E CPF

**FILHOS, IRMÃOS, CUNHADOS, NETOS E SOBRINHOS CONSANGUÍNEOS MENORES:** CERTIDÃO NASCIMENTO COM CPF

**GENRO E NORA:** CERTIDÃO CASAMENTO OU ESCRITURA PÚBLICA (registrada em cartório), CNH OU RG E CPF

**FILHOS, IRMÃOS, CUNHADOS, NETOS, SOBRINHOS, GENROS E NORAS A COBERTURA É ATÉ 45 ANOS.**

\* NO PRIMEIRO MÊS É COBRADO A TAXA DE ADESÃO AO PLANO, CONFORME TABELA DE VALORES