



# FORMULÁRIO DE INCLUSÃO CONVÊNIO UNIMED

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2020

## 1. DADOS DA EMPRESA ASSOCIADA CONTRATANTE

Razão Social: \_\_\_\_\_

Nome Fantasia: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Código de associação: \_\_\_\_\_

Representante Legal: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

## 2. TIPO DE SOLICITAÇÃO

- Inclusão     
  Troca de Faixa     
  Mudança de Plano  
 Plano Atual: \_\_\_\_\_  
 Novo Plano: \_\_\_\_\_

## 3. BENEFICIÁRIOS

Nome completo	Data de Nascimento	Unipart		Unifácil		Unimax	
		Ambulatorial	Global 81130	Ambulatorial 19768	Global 19781	Semi Privativo 24115	Privativo 24129
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## OBSERVAÇÕES

O prazo para inclusão de beneficiários encerra-se no dia 10 do mês solicitado, após esse prazo, a inclusão será realizada somente no dia 10 do mês seguinte. O plano começa a vigorar a partir do dia 1º do mês subsequente à solicitação, começando a contar as carências a partir da data de vigência.

O plano do dependente, obrigatoriamente, deve ser igual ao do titular.

As inclusões estão sujeitas à análise de crédito.

**Essa inclusão NÃO CANCELA outras contratações de planos de saúde referente aos beneficiários relacionados acima. O cancelamento de outros contratos, INCLUSIVE UNIMED, é de responsabilidade exclusiva da CONTRATANTE e dos beneficiários.**

O cartão para utilização dos serviços deve ser retirado diretamente na sede do Sindilojas Porto Alegre (Rua dos Andradas, 1234 – 22º andar).

Também é possível optar que o(s) cartão(ões) do convênio seja(m) enviado(s) por correio. Em caso positivo informe abaixo. **Haverá o custo de envio de R\$10,00 por evento.**

**Sim.** Endereço (Rua, Av. Nº): \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_, Cidade: \_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_.

**Não**  
Estou ciente sobre as informações acima.

\_\_\_\_\_  
Representante Legal da Contratante