



# Boletim de Adesão e Informações Complementares

## PESSOA JURÍDICA

Exclusivo para adesões de usuários já participantes de planos da Unimed Porto Alegre com cobertura hospitalar

Nome da Empresa:

Nº

### DADOS PESSOAIS

Nome do Usuário:

Profissão:

Cód. Unimed → 0 4 8 . . . . . - . . . . .

CPF: . . . . . - . . . . .

Apelido: Telefone celular. DDD . . . . . - . . . . .

Religião:

Nome da Mãe:

Nome do Pai:

### PESSOA PARA CONTATO

Nome: Telefone 01: DDD . . . . . Telefone 02: DDD . . . . .

### ENDEREÇO RESIDENCIAL

Rua, Av. Pça... Complemento: Bairro:

Cidade: UF: CEP: . . . . . - . . . . . Telefone: DDD . . . . . - . . . . .

### ENDEREÇO COMERCIAL

Rua, Av. Pça... Complemento: Bairro:

Cidade: UF: CEP: . . . . . - . . . . . Telefone: DDD . . . . . - . . . . .

### IMPORTANTE

Peso (Kg): . . . . . Altura (m): . . . . . Médico que lhe atende:

Cirurgias realizadas:

Medicamentos em Uso:

Alergias:

Doenças que possui:

Hospital que costuma ser atendido:

### DECLARAÇÃO

Declaro que são verdadeiras as informações ora prestadas e que estou no exercício normal de minhas funções físicas e intelectuais, nada tendo omitido no preenchimento deste instrumento, com relação ao meu estado de saúde ou em relação ao usuário aqui indicado, prestando informações completas e verdadeiras. Autorizo a UNIMED Porto Alegre Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico Ltda, a enviar/registrar, bem como consultar informações relativas ao cadastro, fichas, registros e dados pessoais junto a qualquer sistema de informações e/ou banco de dados.

Declaro, ainda, para os devidos fins e efeitos, sob as penalidades da lei a plena ciência e o pleno acordo que o presente instrumento passará a integrar o contrato, caso este seja firmado, ficando a Unimed Porto Alegre autorizada a utilizar este instrumento em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional ou na minha intimidade e de meus dependentes.

Usuário e empresa contratante afirmam estarem cientes de que o contrato em questão somente terá validade após a aceitação da presente documentação, perante a Unimed Porto Alegre que, por sua vez, reserva-se ao direito de requerer toda e qualquer documentação que se faça necessária para esclarecimento ou complemento das informações aqui prestadas.

Assinatura do usuário titular

Assinatura e Carimbo do representante da empresa

Nome do usuário titular

Data: . . . . .

### USO EXCLUSIVO DA UNIMED PORTO ALEGRE

Nome do Vendedor

C P

D V