



## FORMULÁRIO PARA INCLUSÃO UNIMED E DENTAL UNI

<b>ACOMODAÇÃO</b>	<input type="checkbox"/> ENFERMARIA	<input type="checkbox"/> APARTAMENTO
-------------------	-------------------------------------	--------------------------------------



**Abrangência:** Cobertura nacional.

AMBULÂNCIA (SOS)	VALOR MENSAL POR PESSOA
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

**\*Abrangência SOS:**  
Curitiba, SJ dos Pinhais, Araucária, Pinhais, Cascavel, Londrina, Cambé e Ibirapuã.

<b>INCLUSÃO COM ANÁLISE DE PORTABILIDADE</b>	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
--	------------------------------	------------------------------

\*Para portabilidade, anexar a declaração de vínculo com a operadora e Guia ANS.



**Abrangência:** Cobertura nacional.

DENTAL UNI	VALOR MENSAL POR PESSOA
<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

**Associado (a):** \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CPF nº: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor/UF: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Celular: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) Cônjugue ( ) Filho(a) ( ) Outro \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Dependente (1):** \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CPF nº: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor/UF: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Celular: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) Cônjugue ( ) Filho(a) ( ) Outro \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Dependente (2):** \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CPF nº: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor/UF: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Celular: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) Cônjugue ( ) Filho(a) ( ) Outro \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

**Dependente (3):** \_\_\_\_\_  
Data de nascimento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ CPF nº: \_\_\_\_\_  
Sexo: \_\_\_\_\_ RG Nº: \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor/UF: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_  
Celular: ( ) \_\_\_\_\_ ( ) Cônjugue ( ) Filho(a) ( ) Outro \_\_\_\_\_  
Nome da mãe: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

### DENTAL UNI

**Carência:** 72 hs após a inclusão.

**Tempo de permanência:** 12 meses para exclusão.

**Movimentações:** Até dia 18/mês, para inclusão 1º dia (útil) do mês subsequente.

**Exclusões:** Até o dia 12/mês.

***Não somos responsáveis por qualquer movimentação, bem como cobranças devidas ou indevidas dos futuros planos e/ou anteriores ao contratado via ADEPOL-PR.***