



FORMULÁRIO PARA INCLUSÃO UNIMED E DENTAL UNI

ACOMODAÇÃO	() ENFERMARIA	() APARTAMENTO
------------	----------------	-----------------

AMBULÂNCIA (SOS)		VALOR MENSAL POR PESSOA
() SIM	() NÃO	R\$ 13,98

***Abrangência SOS:**

Curitiba, SJ dos Pinhais, Araucária, Pinhais, Cascavel, Londrina, Cambé e Ibiporã.

INCLUSÃO COM ANÁLISE DE PORTABILIDADE	() SIM	() NÃO
---------------------------------------	---------	---------

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

DENTAL UNI		VALOR MENSAL POR PESSOA
() SIM	() NÃO	R\$ 14,33



Abrangência: Cobertura nacional.



Abrangência: Cobertura nacional.

Associado (a): _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF nº: _____

Sexo: _____ RG Nº: _____ Órgão Expedidor/UF: _____ Estado Civil: _____

Celular: () _____ () Cônjuge () Filho(a) () Outro _____

Nome da mãe: _____ E-mail: _____

Dependente (1): _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF nº: _____

Sexo: _____ RG Nº: _____ Órgão Expedidor/UF: _____ Estado Civil: _____

Celular: () _____ () Cônjuge () Filho(a) () Outro _____

Nome da mãe: _____ E-mail: _____

Dependente (2): _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF nº: _____

Sexo: _____ RG Nº: _____ Órgão Expedidor/UF: _____ Estado Civil: _____

Celular: () _____ () Cônjuge () Filho(a) () Outro _____

Nome da mãe: _____ E-mail: _____

Dependente (3): _____

Data de nascimento: ____/____/____ CPF nº: _____

Sexo: _____ RG Nº: _____ Órgão Expedidor/UF: _____ Estado Civil: _____

Celular: () _____ () Cônjuge () 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.