

FICHA DE INSCRIÇÃO PARA PLANO EMPRESARIAL

DADOS DA EMPRESA					
EMPRESA:			NOME FANTASIA		
CARACTERÍSTICAS DO CONTRATO					
CONTRATO:			Nro. Reg. Produto:		
TIPO DE CONTRATO OPTADO: () NACIONAL () ESTADUAL () REGIONAL					
TIPOS DE ACOMODAÇÃO: () ENFER. () APART.			MODALIDADE: () COM CO-PARTIC. () SEM CO-PARTIC.		
USO EXCLUSIVO DO CPD - CADASTRO					
Plano:	Família	Carência:	Prop. Origem:	Prop. Vend.:	
Data de Vencº: _____ () Inclusão dependentes () Inclusão Recém-Nascido: () Transferência Código Vend.:					
DADOS PESSOAIS DO USUÁRIO(a) TITULAR					
NOME:				DATA DE NASC.: / /	
NOME DO PAI:					
NOME DA MÃE:					
SEXO: () Masc. () Fem.		ESTADO CIVIL: () Casado(a) () Solteiro(a) () Viúvo(a) () Desq. / Divorciado(a)			
DOCUMENTOS PESSOAIS DO TITULAR					
CPF Nº.:		RG Nº.:		órgão Expedidor:	
ENDEREÇO DO TITULAR					
Endereço:			Nº.:	Compl.:	
Cidade:		Bairro:		Cep:	
Telefone Res.: ()		Comercial: ()		Cel.: ()	
DADOS PESSOAIS DO(S) DEPENDENTES					
Nº	NOME	SEXO	DATA NASC.	PARENTESCO	VALOR R\$
01					
02					
03					
04					
05					
06					
VALOR DO PLANO DO TITULAR					
VALOR DO UNIVIDA AIR					
TOTAL À PAGAR					
OBSERVAÇÕES					

Declaro ter lido e tomado perfeita ciência do conteúdo efetivo de todas as cláusulas do Termo de Adesão anexo, compreendendo o teor das Tabelas de Referência e seus critérios de utilização, bem como todas as condições e formas de pagamento e estou ciente que esta proposta (ficha de inscrição) é parte do contrato ora firmado com a empresa acima citada.

_____, _____ de _____ de 20____.

Local e Data

UNIMED DE SOBRAL

EMPRESA CONTRATANTE

REPRESENTANTE COMERCIAL

BENEFICIÁRIO / CLIENTE

Obs.: Esta ficha de INSCRIÇÃO só será válida com a DECLARAÇÃO DE SAÚDE