

**TERMO DE ADESÃO AO BENEFÍCIO DE EX-EMPREGADO DEMITIDO OU EXONERADO SEM JUSTA CAUSA OU APOSENTADO CONFORME ARTIGOS 30 E 31 DA LEI 9.656/98 E RN 279.**

**Contratante:** \_\_\_\_\_ **Contrato n°:** \_\_\_\_\_

**Código Titular:** \_\_\_\_\_

**Benefício destinado à:**

Demitido     Aposentado

Este formulário cadastral tem a finalidade de comunicar á **Unimed Blumenau** sobre:

**Inclusão de Titular**     **Inclusão de Dependente**     **Outras alterações**

<b>Exclusão:</b>	<b>Inclusão Benefício:</b>	<b>Exclusão Benefício:</b>
------------------	----------------------------	----------------------------

**Endereço Residencial:** \_\_\_\_\_ **N.º:** \_\_\_\_\_

**Complemento:** \_\_\_\_\_ **Bairro:** \_\_\_\_\_

**Cidade:** \_\_\_\_\_ **UF:** \_\_\_\_\_ **CEP:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_ **Telefones:** \_\_\_\_\_

**Nome do Titular:**

**Data de Nascimento:** | | **Município e Estado de Nascimento:**

**CPF:** \_\_\_\_\_ **RG, Órgão e UF:** \_\_\_\_\_ **Data Exp. RG:**

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Nº Passaporte:**

**Filiação:**

**Filiação:**

**Nome do Dependente:** \_\_\_\_\_ **Grau Parentesco:**

**Data de Nascimento:** | | **Município e Estado de Nascimento:**

**CPF:** \_\_\_\_\_ **RG, Órgão e UF:** \_\_\_\_\_ **Data Exp. RG:**

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Nº Passaporte:**

**Filiação:**

**Filiação:**

**Nome do Dependente:** \_\_\_\_\_ **Grau Parentesco:**

**Data de Nascimento:** | | **Município e Estado de Nascimento:**

**CPF:** \_\_\_\_\_ **RG, Órgão e UF:** \_\_\_\_\_ **Data Exp. RG:**

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Nº Passaporte:**

**Filiação:**

**Filiação:**

**Nome do Dependente:** \_\_\_\_\_ **Grau Parentesco:**

**Data de Nascimento:** | | **Município e Estado de Nascimento:**

**CPF:** \_\_\_\_\_ **RG, Órgão e UF:** \_\_\_\_\_ **Data Exp. RG:**

**Estado Civil:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Nº Passaporte:**

**Filiação:**

**Filiação:**

**VEJA AS INFORMAÇÕES NO VERSO**

## 1 - ORIENTAÇÕES PARA O PREENCHIMENTO DO TERMO DE ADESÃO:

Todos os campos do formulário cadastral são de preenchimento obrigatório e não serão permitidas rasuras.

- a) **Campos de Nomes:** Completos e sem abreviações, conforme registro no CPF;
- b) **Código Parentesco:** **TI** – Titular, **ES** – Esposo(a), **CP** – Companheiro(a), **FO** – Filho(a), **EN** – Enteado(a);
- c) **CPF:** Para todos os titulares e dependentes, com exceção para o beneficiário estrangeiro e para o beneficiário brasileiro idoso (conforme Estatuto do Idoso), que não possuir CPF.
- d) **Estado Civil:** **C** – Casado(a), **D** – Divorciado(a), **U** - União Estável, **S** – Solteiro(a), **V** – Viúvo(a);
- e) **Sexo:** **F** - Feminino; **M** - Masculino.
- f) **Nº Passaporte:** preenchimento obrigatório quando tratar-se de beneficiário estrangeiro.
- g) **Filiação:** nome do pai e da mãe completos e sem abreviações.

## 2- O EX-EMPREGADO, para fins de direito, especialmente em face das disposições do Código de Defesa do Consumidor, lei 8078 declara:

- a) Fez a livremente a escolha deste benefício, conforme preceituam os artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98 e Resolução Normativa nº 279;
- a) Tem completo conhecimento dos termos do contrato, opcionais e aditivos, e respectiva cobertura e não cobertura, bem como das relações de serviços a serem prestados, carências e limites de cada plano, preço e critérios de reajustes contratuais;
- b) Assumirá o pagamento da mensalidade integral e tem conhecimento do cancelamento do mesmo, caso haja inadimplência;
- c) Tomou conhecimento que as substituições de prestadores não hospitalares ocorridas na rede assistencial do meu plano, ficarão disponíveis através do endereço eletrônico: [www.unimed.coop.br/blumenau](http://www.unimed.coop.br/blumenau) e pelo telefone do SAC da Operadora 0800 647 0026.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Data**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do Titular**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura e Carimbo da Empresa**