



SOLICITAÇÃO DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE  
COLETIVO POR ADESÃO

FORM/RE 126/04

**DADOS DO TITULAR (Preenchimento Obrigatório)**

Nome Completo:		
Nascimento:	CPF:	N° CNS (Cartão Nacional de Saúde):
E-mail:		
Endereço:		
Número:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP:
Tel. Residencial:	Tel. Comercial:	Tel. Celular:

**DADOS DOS DEPENDENTES**

Nome:	Nascimento:	
Grau de Parentesco em relação ao Titular:	CPF:	N° CNS:
Nome:	Nascimento:	
Grau de Parentesco em relação ao Titular:	CPF:	N° CNS:
Nome:	Nascimento:	
Grau de Parentesco em relação ao Titular:	CPF:	N° CNS:
Nome:	Nascimento:	
Grau de Parentesco em relação ao Titular:	CPF:	N° CNS:
Nome:	Nascimento:	
Grau de Parentesco em relação ao Titular:	CPF:	N° CNS:
Nome:	Nascimento:	
Grau de Parentesco em relação ao Titular:	CPF:	N° CNS:

**DETALHAMENTO DO TIPO DE PLANO  
(Marque com um "X" uma das opções abaixo)**

Nome do Plano (consta na tabela de mensalidades)	Acomodação	Abrangência	Especificações
	( ) Ambulatorial ( ) Coletivo ( ) Individual	( ) Estadual ( ) Nacional	( ) SEM Mãe de Deus e Moinhos de Vento ( ) COM Mãe de Deus e Moinhos de Vento

**FORMA DE PAGAMENTO**

- ( ) Boleto Bancário  
( ) Débito em Conta \* (Preencher o Formulário de Autorização para Débito em Conta)

Data de Vencimento: Consta na tabela de mensalidades

\*Bancos Disponíveis: Banco do Brasil e Banrisul, CEF, Santander, Sicredi e Unicred.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
LOCAL E DATA DE ASSINATURA

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

**ANS - nº 367087**

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:**

- Cópia do CPF e RG ou Certidão de Nascimento (titular e dependentes).
- Comprovante de Residência (Luz e Telefone fixo) em nome do Titular, caso contrário, será necessária uma declaração registrada em cartório do Titular comprovando que o mesmo reside no endereço informado.
- Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável (se for o caso).
- Cartão Nacional de Saúde do Titular e Dependentes.
- Comprovante de elegibilidade:
  - ✓ Cópia da Carteira Profissional (Exemplo: OAB, CRA, CREA)
- Declaração de Saúde para todos, exceto recém-nascidos, incluídos em até os 30 dias do evento.

**ORIENTAÇÕES:**

**É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS ESPECÍFICOS PARA EFETIVAÇÃO DA ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE.**

Para fins de adesão ao plano, o período de movimentação cadastral encerra-se no dia 20 do mês corrente sendo efetivada a solicitação no 1º dia do mês subsequente. A partir do dia 21 do mês corrente a alteração será efetivada no 1º dia do segundo mês subsequente.

Os cartões serão enviados para o endereço do titular, ou responsável financeiro e o prazo de envio é de 15 dias úteis a partir da data de conclusão da movimentação.

Caso a Declaração de Saúde conste indicativo de pré-existência, a inclusão no plano se dará somente após a assinatura do termo de ciência de CPT pelo Beneficiário ou Responsável. O valor proporcional referente a este período será cobrado junto da mensalidade do mês subsequente.

Link para preenchimento da Declaração de saúde: <https://declaracaodesaude.unimedrs.com.br/>