

PLANO DE REMOÇÃO DA UNIMED

OBS.: ESTE OPCIONAL É EXCLUSIVO PARA QUEM JÁ POSSUI PLANO DE SAÚDE UNIMED NESTA ENTIDADE.

- () INCLUSÃO DE TITULAR.
() INCLUSÃO DE TITULAR E DEPENDENTES.
() INCLUSÃO DE DEPENDENTES
() EXCLUSÃO – TITULAR () DEPENDENTES ()

MATRÍCULA:

CPF:

NOME:

ENDEREÇO

DATA DE NASC.: / / SEXO: () F () M ESTADO CIVIL:

PAI: _____
MÃE: _____

TELS.: RESID. CELULAR : COM. R.

FÓRUM ONDE TRABALHA: CARGO:

SETOR:

DEPENDENTES	DATA DE NASC.

DECLARAÇÃO

DECLARO PARA OS DEVIDOS FINS, ASSUMIR INTEIRA RESPONSABILIDADE DOS ÍTENS ACIMA PREENCHIDOS, AUTORIZANDO O DÉBITO MENSAL EM FOLHA DE PAGAMENTO, REFERENTE AO PLANO ACIMA OPTADO, NO VALOR DE R\$ _____ (_____)

DECLARO TAMBÉM ESTAR CIENTE DE QUE PARA DESLIGAMENTO DO PRESENTE PLANO DEVEREI COMUNICAR POR ESCRITO À AJUDES NA DATA MÁXIMA DE 05 DE CADA MÊS PARA CANCELAMENTO NO MÊS SEGUINTE, NA FALTA DA COMUNICAÇÃO POR ESCRITO HAVERÁ SEGÜENCIA DOS DESCONTOS ORA AUTORIZADOS.

VALOR POR USUÁRIO COM IDADE INFERIOR A 60 ANOS.....5,24

VALOR POR USUÁRIO COM IDADE IGUAL OU ACIMA DE 60 ANOS.....7,84

As remoções terrestres serão efetivadas exclusivamente no perímetro físico identificado como área de atuação da UNIMED VITÓRIA, compreendidos os Municípios de Vitória, Vila Velha, Cariacica, Serra, Viana, Guarapari e Anchieta.

As remoções por helicóptero far-se-ão exclusivamente por indicação médica, atingindo até 300 km da sede da UNIMED VITÓRIA sendo que o destino final será sempre esta capital.

VITÓRIA-ES., _____ DE _____ DE _____.

ASSINATURA