

**ADESÃO ASSISTÊNCIA MÉDICA
UNIMED CURITIBA*****É obrigatório o preenchimento de todos os campos abaixo***

Local de trabalho:	Data de admissão:
Cargo:	Data de nascimento:
Nome completo:	
CPF:	RG:
Nome da mãe:	
Endereço:	
Bairro:	Cidade:
CEP:	Telefone:

TABELA DE VALORES – MENSALIDADES TITULAR			
TIPO PLANO	ATÉ DE 12 MESES DE CONTRIBUIÇÃO	DE 13 A 24 MESES DE CONTRIBUIÇÃO	ACIMA DE 24 MESES DE CONTRIBUIÇÃO
() ENFERMARIA	R\$102,40	R\$64,00	R\$ 25,60
() APARTAMENTO	R\$153,40	R\$115,00	R\$ 76,60

VALOR DEPENDENTE*	
ENFERMARIA: R\$128,00	APARTAMENTO: R\$179,00

- O SUBSÍDIO NO VALOR DA MENSALIDADE É SOMENTE PARA O TITULAR. O DEPENDENTE SEMPRE PAGARÁ O VALOR INTEGRAL.

DEPENDENTE 1		
Nome completo:		
CPF:	RG:	Sexo:
Data de nascimento:	Parentesco:	
Nome da mãe:		

DEPENDENTE 2		
Nome completo:		
CPF:	RG:	Sexo:
Data de nascimento:	Parentesco:	
Nome da mãe:		

Declaro estar ciente e autorizo que, aderindo ao plano médico, seja descontado em minha folha de pagamento o valor citado na tabela acima, de acordo com minha opção de acomodação, a título de mensalidade para mim e de forma integral referente aos meus dependentes. Autorizo ainda os descontos referentes a minha utilização e de meus dependentes (coparticipação) em 30% sob o valor de consultas e exames, quando houverem.

_____ / ____ / ____
Colaborador Data

☐	NÃO DESEJO ADERIR AO PLANO DE SAÚDE
_____	_____ / ____ / ____
Colaborador	Data