

**ADESÃO ASSISTÊNCIA MÉDICA
UNIMED CURITIBA- AMIGO NACIONAL**

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 *			
TIPO PLANO	ATÉ 12 MESES DE CONTRIBUIÇÃO	DE 13 A 24 MESES DE CONTRIBUIÇÃO	ACIMA DE 24 MESES DE CONTRIBUIÇÃO
() ENFERMARIA	R\$135,20	R\$84,50	R\$ 33,80
() APARTAMENTO	R\$165,20	R\$114,50	R\$ 63,80

VALOR DEPENDENTE*	
ENFERMARIA: R\$169,00	APARTAMENTO: R\$199,00

- 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

<input type="checkbox"/>	NÃO DESEJO ADERIR AO PLANO DE SAÚDE
_____ / ____ / ____	_____ / ____ / ____
Colaborador	Data