

DECLARAÇÃO DE INCLUSÃO PLANO DE SAÚDE

Solicitamos a minha inclusão no plano de saúde UNIMED DE MARINGÁ – COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO, e meus dependentes abaixo relacionados. **Acomodação em (enfermaria ou apto)** _____.

Preencher com letras legíveis, sem abreviação e de forma completa. O plano é apenas para dependentes. Portanto não é possível incluir pai e mãe.

Nome do titular (funcionário): _____
Data de admissão ____/____/____. **Data de Nascimento:** ____/____/____
C.P.F.: _____ **RG:** _____
Estado Civil: _____ **Unidade** _____
Órgão Expedidor: _____ **data de expedição:** ____/____/____
Nome da mãe: _____

Dependente (01): _____
Data de nascimento: ____/____/____. **Grau de parentesco:** _____
Estado Civil: _____ **Trabalha:** () Sim () Não
Atividade Profissional: _____
CPF: _____ **RG:** _____
Órgão Expedidor: _____ **Data de Expedição:** ____/____/____
Nome da mãe: (do dependente) _____

Dependente (02): _____
Data de nascimento: ____/____/____. **Grau de parentesco:** _____
Estado Civil: _____ **Trabalha:** () Sim () Não
Atividade Profissional: _____
CPF: _____ **RG:** _____
Órgão Expedidor: _____ **Data de Expedição:** ____/____/____
Nome da mãe: (do dependente) _____

Dependente (03): _____
Data de nascimento: ____/____/____. **Grau de parentesco:** _____
Estado Civil: _____ **Trabalha:** () Sim () Não
Atividade Profissional: _____
CPF: _____ **RG:** _____
Órgão Expedidor: _____ **Data de Expedição:** ____/____/____
Nome da mãe: (do dependente) _____

Dependente (04): _____
Data de nascimento: ____/____/____. **Grau de parentesco:** _____
Estado Civil: _____ **Trabalha:** () Sim () Não
Atividade Profissional: _____
CPF: _____ **RG:** _____
Órgão Expedidor: _____ **Data de Expedição:** ____/____/____
Nome da mãe: (do dependente) _____

Declaro serem verídicas as informações acima, bem como estou ciente das coberturas oferecidas pela empresa (conforme acima)

Sendo que autorizo o desconto em minha conta corrente.

Local / data

Assinatura do funcionário