

	PROPOSTA DE ADESÃO UNIMED FOZ DO IGUAÇU PLANO COLETIVO EMPRESARIAL E ADESÃO NACIONAL COPARTICIPATIVO 50% RUA MARECHAL DEODORO DA FONSECA, 481 CENTRO. CNPJ: 81.697.419/0001-46 WWW.UNIMEDFOZ.COM.BR	SETOR COMERCIAL
		ANS Nº 351792

ADESÃO DE: TITULAR DEPENDENTE(S)

DADOS DA PJ CONTRATANTE

PROPOSTA Nº

Razão social: ASSOCIAÇÃO DOS BOMBEIROS DE FOZ DO IGUAÇU			E-mail: ABOMFI9GB@GMAIL.COM	
Logradouro: RUA GUARÁ				
Número: 354	Complemento:	Bairro: VILA A	Cidade: FOZ DO IGUAÇU	UF: PR
CNPJ: 18.065.248/00001-04			Telefone:	

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Nome Completo (sem abreviações):			E-mail:	
Logradouro:			Cep:	
Número:	Complemento:	Bairro:	Cidade:	UF:
CPF:	RG:	DATA DE EXPEDIÇÃO:	ORG. EMISSOR:	
NATURALIDADE:	PROFISSÃO:	ESCOLARIDADE:	Nº Reg. Plano ANS:	
Data de Nascimento: / /	Estado Civil:	Grau de Dependência	Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
TRANSP. AIR: () SIM () NÃO	COPARTICIPAÇÃO () SIM () NÃO		TELEFONE:	
Nome da Mãe:				
Opção do Plano			Valor	

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

Dependente 1:			E-mail:	
CPF:	RG:	DATA DE EXPEDIÇÃO:	ORG. EMISSOR:	
NATURALIDADE:	PROFISSÃO:	ESCOLARIDADE:	Nº Reg. Plano ANS:	
Data de Nascimento: / /	Estado Civil:	Grau de Dependência	Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
TRANSP. AIR: () SIM () NÃO	COPARTICIPAÇÃO () SIM () NÃO		TELEFONE:	
Nome da Mãe:				
Opção do Plano			Valor	
Dependente 2:			E-mail:	
CPF:	RG:	DATA DE EXPEDIÇÃO:	ORG. EMISSOR:	
NATURALIDADE:	PROFISSÃO:	ESCOLARIDADE:	Nº Reg. Plano ANS:	
Data de Nascimento: / /	Estado Civil:	Grau de Dependência	Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>	
TRANSP. AIR: () SIM () NÃO	COPARTICIPAÇÃO () SIM () NÃO		TELEFONE:	
Nome da Mãe:				

Rubricar

	PROPOSTA DE ADESÃO UNIMED FOZ DO IGUAÇU PLANO COLETIVO EMPRESARIAL E ADESÃO NACIONAL COPARTICIPATIVO 50% RUA MARECHAL DEODORO DA FONSECA, 481 CENTRO. CNPJ:81.697.419/0001-46 WWW.UNIMEDFOZ.COM.BR	SETOR COMERCIAL
		ANS Nº351792

Opção do Plano			Valor
Dependente 3:			E-mail:
CPF:	RG:	DATA DE EXPEDIÇÃO:	ORG. EMISSOR:
NATURALIDADE:	PROFISSÃO:	ESCOLARIDADE:	Nº Reg. Plano ANS:
Data de Nascimento: / /	Estado Civil:	Grau de Dependência	Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
TRANSP. AIR: () SIM () NÃO	COPARTICIPAÇÃO () SIM () NÃO	TELEFONE:	
Nome da Mãe:			
Opção do Plano			Valor
Dependente 4:			E-mail:
CPF:	RG:	DATA DE EXPEDIÇÃO:	ORG. EMISSOR:
NATURALIDADE:	PROFISSÃO:	ESCOLARIDADE:	Nº Reg. Plano ANS:
Data de Nascimento: / /	Estado Civil:	Grau de Dependência	Sexo: Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/>
TRANSP. AIR: () SIM () NÃO	COPARTICIPAÇÃO () SIM () NÃO	TELEFONE:	
Nome da Mãe:			
Opção do Plano			Valor
TOTAL DA FAMÍLIA			R\$

Observações: A Eficácia da presente proposta de adesão fica condicionada ao pagamento da primeira mensalidade.

Esta proposta de adesão não possui valor contratual antes de realizada a entrevista qualificada e perícia médica quando indicada, assim como o preenchimento formal de todos os procedimentos em lei.

Declaro que recebi:

MPS: Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde;

GLC: Guia de Leitura Contratual

Informo também que optei por recebê-los em :

() Material Impresso () Mídia digital

Esta proposta de contratação tem validade e eficácia por dez dias a contar da sua expedição.

Foz do Iguaçu/Paraná, de de 2021.

Assinatura do Titular



Carimbo e Assinatura do Contratante

Representante Comercial

