

Plano de Saúde Pré-Pagamento (UNIMED) – SESI

- INCLUSÃO TITULAR
 INCLUSÃO DE DEPENDENTE(S)
 INCLUSÃO TITULAR E DEPENDENTE(S)
 ALTERAÇÃO
 2ª VIA CARTÃO
 EXCLUSÃO DE FAMÍLIA
 EXCLUSÃO DE DEPENDENTE(S)

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS DADOS DESTE QUADRO – DADOS DO TITULAR

Nome : _____ Matrícula: _____
 Entidade: _____ CPF: _____ - _____ R.G. _____
 Estado Civil _____ Data de Nascimento ____/____/____ Nº do PIS _____
 Endereço: _____ Nº: _____ Compl.: _____
 Bairro: _____ Cidade: _____ U.F. ____ CEP: _____ - _____ Fone Res.: (____) ____ - _____
 Fone Com.: (____) ____ - _____ Fone Cel.: (____) ____ - _____ E-mail.: _____
 Nome Completo da Mãe: _____

DADOS DOS DEPENDENTES

NOME DO DEPENDENTE:		RELAÇÃO DE PARENTESCO:	SEXO:	DATA DE NASCIMENTO:	ESTADO CIVIL:
CPF DO DEPENDENTE:	R.G. DEPENDENTE:	Nº PIS DEPENDENTE:	NOME DA MÃE DO DEPENDENTE:		
NOME DO DEPENDENTE:		RELAÇÃO DE PARENTESCO:	SEXO:	DATA DE NASCIMENTO:	ESTADO CIVIL:
CPF DO DEPENDENTE:	R.G. DEPENDENTE:	Nº PIS DEPENDENTE:	NOME DA MÃE DO DEPENDENTE:		
NOME DO DEPENDENTE:		RELAÇÃO DE PARENTESCO:	SEXO:	DATA DE NASCIMENTO:	ESTADO CIVIL:
CPF DO DEPENDENTE:	R.G. DEPENDENTE:	Nº PIS DEPENDENTE:	NOME DA MÃE DO DEPENDENTE:		

Conforme Regulamento do Plano de Saúde Pré-Pagamento, adquirem a qualidade de “usuário”, os participantes e seus dependentes “agregados”, inscritos no Plano de Benefícios administrados pelo SESI, no Estado de Santa Catarina, observando-se a seguinte relação de parentesco:

- Cônjuge;
- Filhos em qualquer condição;
- Pai, mãe, padrasto, madrasta, sogro, sogra;
- Irmãos, netos, sobrinhos, ex-cônjuges (independente de determinação judicial);
- Companheiro(a);

Obs – Anexar cópia de documentos (certidões e declarações) comprovando relação de parentesco.

EXCLUSÃO E 2ª VIA DE CARTÃO

Em caso de **exclusão** de dependente, rescisão, resolução ou rescisão do contrato, é obrigação do usuário(a) devolver para SESI os respectivos cartões individuais de identificação, sob pena de responder judicialmente pelo uso indevido.

Ocorrendo a *perda ou extravio do cartão individual de identificação*, o usuário deverá comunicar imediatamente ao SESI, e este a UNIMED, por escrito, sob pena do usuário responder pelos prejuízos que advierem da indevida utilização. A **emissão de uma segunda via do cartão** acarretará um custo estipulado pela UNIMED, e está condicionada ao preenchimento deste formulário pelo usuário(a), juntamente com cópia de Boletim de Ocorrência, emitido por Autoridade competente, ou na falta deste, emissão de declaração responsabilizando-se pela não entrega do referido cartão.

O SIGNATÁRIO, PRESTANDO AS INFORMAÇÕES MENCIONADAS E PELAS QUAIS SE RESPONSABILIZA PARA FINS DE DIREITO, REQUER SUA CONDIÇÃO COMO PARTICIPANTE DE ACORDO COM OS TERMOS DA RESOLUÇÃO QUE INSTITUIU O PLANO DE SAÚDE SESI, AUTORIZANDO DESDE JÁ, A PATROCINADORA A DESCONTAR DE SUA REMUNERAÇÃO NA FOLHA DE PAGAMENTO, A CONTRIBUIÇÃO MENSAL DEVIDA PARA O REFERIDO PLANO.

Local: _____, ____ de _____ de 20____.

Assinatura do Titular

RESERVADO AO SESI

SETOR DE CONTROLE DE RECEITAS E DADOS
 Recebido em ____/____/20____

SETOR DE CONTROLE DE RECEITAS E DADOS
 Envio SESI-SC em ____/____/20____