

DADOS USUÁRIOS (Inclusive para o usuário – contratante)		TITULAR	
Usuário-contratante:			CPF:
Sexo: () F () M	Data nascimento / /	Filiação	Pai: Mãe:
Natural de :	R G nº:		Órgão Expedidor:
Nacionalidade:	PIS/PASEP	Est. Civil:	Nº. dependentes:
Endereço Residencial	(Rua, Av....)	Cidade:	Nº
	Bairro:		
	CEP:	Telefone:	
Usuário 1:			DEP CPF:
Sexo: () F () M	Data nascimento / /	Filiação	Pai: Mãe:
Natural de :	R G nº:		Órgão Expedidor:
Nacionalidade:	PIS/PASEP	Est. Civil:	Telefone:
Endereço Residencial	(Rua, Av....)	Cidade:	Nº
	Bairro:		
	CEP:	Valor:	

Usuário 2:			DEP CPF:
Sexo: () F () M	Data nascimento / /	Filiação	Pai: Mãe:
Natural de :	R G nº:		Órgão Expedidor:
Nacionalidade:	PIS/PASEP	Est. Civil:	Telefone:
Endereço Residencial	(Rua, Av....)	Cidade:	Nº
	Bairro:		
	CEP:	Valor:	
Usuário 3:			DEP CPF:
Sexo: () F () M	Data nascimento / /	Filiação	Pai: Mãe:
Natural de :	R G nº:		Órgão Expedidor:
Nacionalidade:	PIS/PASEP	Est. Civil:	Telefone:
Endereço Residencial	(Rua, Av....)	Cidade:	Nº
	Bairro:		
	CEP:	Valor:	

Dependentes : (01 - titular), (02- esposa),(02-marido), (03- companheiro(a), (04 – filhos(as)).

SÍNTESE DA CONDIÇÕES GERAIS

Coberturas	Carências	
Urgências e Emergências	24 H	<p>► Dados do plano a ser contratado:</p> <p>() Semi-privativo () Privativo</p> <hr/> <p>() Com participação () Sem participação</p>
► Consultas Médicas	30 dias	
► Exames e procedimentos simples	30 dias	
► Fisioterapia	30 dias	
► Exames e procedimentos complementares	60 dias	
► Internação Hospitalar	120 dias	
► Internações Psiquiátricas	120 dias	
► Cirurgias Cardíacas, Vasculares e Hemodinâmicas	180 dias	
► Transplantes de Rins e Córneas	180 dias	
► Radioterapia/Quimioterapia	180 dias	
► Órteses e Próteses	180 dias	
► Hemodíalise/Diálise Peritonial	180 dias	
► Eventos Obstétricos	300 dias	

DECLARAÇÃO

O USUÁRIO CONTRATANTE acima designado tem pleno conhecimento e aceita os termos, cláusulas e condições do contrato de assistência à saúde em anexo, Plano Coletivo por Adesão por Representação, bem como concorda com a REPRESENTAÇÃO que em seu nome, nos limites do mesmo documento, será exercido pela **AMVVAR**.

_____ / ____ / ____ Local _____ Data _____ Assinatura do Usuário contratante

USO EXCLUSIVO DA UNIMED PORTO ALEGRE

Nome do Vendedor	C P	D V