

Exclusivo para adesões de usuários já participantes de planos da Unimed Porto Alegre com cobertura hospitalar

NOME DA EMPRESA		COD CONTRATO
SINDICATO DOS ENGENHEIROS NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL		
DADOS PESSOAIS		
Nome:		CPF:
Cód Unimed: 048 0	Profissão:	
Apelido:	Telefone Celular: 51	Religião:
Nome da mãe:	Nome do pai:	
ENDEREÇO RESIDENCIAL		
Rua, Av. Pça...:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	UF: CEP:	Telefone: 51
PESSOA PARA CONTATO		
Nome:	Telefone 1: 51	Telefone 2: 51
ENDEREÇO COMERCIAL		
Rua, Av. Pça...:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	UF: CEP:	Telefone: 51
IMPORTANTE		
Peso:	Altura:	Médico que lhe atende: Dr(a).
Cirurgias realizadas		Medicamentos em uso
Alergias		Doenças que possui
Hospital que costuma ser atendido:		
DECLARAÇÃO		

Declaro que são verdadeiras as informações ora prestadas e que estou no exercício normal de minhas funções físicas e intelectuais, nada tendo omitido no preenchimento deste instrumento, com relação ao meu estado de saúde ou em relação ao usuário aqui indicado, prestando informações completas e verdadeiras. Autorizo a UNIMED Porto Alegre – Sociedade Cooperativa de Trabalho Médico Ltda, a enviar/registrar, bem como consultar informações relativas ao cadastro, fichas, registros e dados pessoais junto a qualquer sistema de informações e/ou banco de dados.

Declaro, ainda, para os devidos fins e efeitos, sob as penalidades da lei a plena ciência e o pleno acordo que o presente instrumento passará a integrar o contrato, caso este seja firmado, ficando a Unimed Porto Alegre autorizada a utilizar este instrumento em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional ou a minha intimidade e de meus dependentes.

Usuário e empresa contratante afirmam estarem cientes de que o contrato em questão somente terá validade após a aceitação da presente documentação, perante a Unimed Porto Alegre que, por sua vez, reserva-se ao direito de requerer toda e qualquer documentação que se faça necessária para esclarecimento ou complemento das informações aqui prestadas.

Assinatura do titular

Assinatura e carimbo do representante da empresa

Nome do titular