

Termo de Adesão
Sistema ABAS/Unimed

Eu, _____, participante da ABAS 15, solicito minha adesão e a de meus dependentes prioritários/beneficiários especiais ao Sistema ABAS/Unimed, declarando estar ciente e de acordo com as condições abaixo elencadas:

1. A parceria ABAS/Unimed proporciona benefício adicional ao usuário da ABAS 15, mediante concessão do direito de utilização do plano de saúde da Unimed, em Campinas e em outra cidade, da livre opção. Nenhum dos atuais benefícios será suprimido ou reduzido.
2. A duração da parceria observará a conveniência dos participantes da ABAS na sua manutenção.
3. O sistema somente poderá ser utilizado pelos usuários da ABAS 15, se e enquanto estiverem vinculados à entidade.
4. O participante reconhece que a ABAS 15 não oferece cobertura para consultas médicas. Assim, as consultas médicas, realizadas através do Sistema Unimed, deverão ser ressarcidas à ABAS 15, mediante acréscimo do respectivo valor total na contribuição mensal do participante.
5. O valor a ser pago por consulta realizada será de R\$ 55,05 (cinquenta e cinco reais e cinco centavos), podendo ser reajustado, sempre que necessário, em decorrência de alterações previstas no contrato de prestação de serviços realizado com a Unimed Campinas.
6. O participante é responsável pelo pagamento à ABAS 15 tanto do valor das consultas realizadas por ele próprio, quanto daquelas realizadas por seus dependentes prioritários ou beneficiários especiais.
7. A solicitação de exclusão da ABAS 15 somente será atendida mediante a devolução dos cartões dela própria e da Unimed. O participante fica responsável, assim, pelo eventual uso indevido desses cartões.
8. O uso fraudulento do Sistema Unimed, se devidamente comprovado, poderá sujeitar o usuário fraudador e todo o grupo familiar ao qual esteja vinculado à exclusão desse Sistema e, inclusive, à exclusão da própria ABAS 15.
9. O participante reconhece que a cobertura prestada através do Sistema Unimed observará os correspondentes limites, condições e exclusões usualmente previstos nos contratos de assistência mantidos por tal Sistema e consignados, também, no contrato de prestação de serviços firmado com a ABAS 15.
10. A emissão de 2ª via de cartão do Sistema Unimed, por extravio ou perda, acarretará cobrança da taxa vigente à época da ocorrência. Em caso de furto ou roubo, devidamente comprovado, não haverá qualquer cobrança.

Participante

Cadastro de Usuário no Sistema Unimed

Atenção:

- Preencha os dados com letra de forma
- Preencha todos os campos solicitados

Dados do Titular

Nome:		
Nome da Mãe:		
Logradouro:		Número:
Complemento:		Cidade:
Bairro:	Estado:	CEP:
Estado Civil:		Sexo:
CPF:		R.G.:
Data de Nascimento: ____/____/____		Telefone de contato:
Naturalidade:		Nacionalidade:
1ª Localidade de atendimento (automática): CAMPINAS		
2ª Localidade de atendimento (opcional):		

Dados do 1º Dependente/Beneficiário

Nome:		
Nome da Mãe:		
Logradouro:		Número:
Complemento:		Cidade:
Bairro:	Estado:	CEP:
Estado Civil:		Sexo:
CPF:		R.G.:
Data de Nascimento: ____/____/____		Telefone de contato:
Naturalidade:		Nacionalidade:
1ª Localidade de atendimento (automática): CAMPINAS		
2ª Localidade de atendimento (opcional):		
Parentesco com o titular:		

Dados do 2º Dependente/Beneficiário

Nome:		
Nome da Mãe:		
Logradouro:		Número:
Complemento:		Cidade:
Bairro:	Estado:	CEP:
Estado Civil:		Sexo:
CPF:		R.G.:
Data de Nascimento: ____/____/____		Telefone de contato:
Naturalidade:		Nacionalidade:
1ª Localidade de atendimento (automática): CAMPINAS		
2ª Localidade de atendimento (opcional):		
Parentesco com o titular:		

Dados do 3º Dependente/Beneficiário

Nome:		
Nome da Mãe:		
Logradouro:		Número:
Complemento:		Cidade:
Bairro:	Estado:	CEP:
Estado Civil:		Sexo:
CPF:		R.G.:
Data de Nascimento: ____/____/____	Telefone de contato:	
Naturalidade:		Nacionalidade:
1ª Localidade de atendimento (automática): CAMPINAS		
2ª Localidade de atendimento (opcional):		
Parentesco com o titular:		

Dados do 4º Dependente/Beneficiário

Nome:		
Nome da Mãe:		
Logradouro:		Número:
Complemento:		Cidade:
Bairro:	Estado:	CEP:
Estado Civil:		Sexo:
CPF:		R.G.:
Data de Nascimento: ____/____/____	Telefone de contato:	
Naturalidade:		Nacionalidade:
1ª Localidade de atendimento (automática): CAMPINAS		
2ª Localidade de atendimento (opcional):		
Parentesco com o titular:		

Dados do 5º Dependente/Beneficiário

Nome:		
Nome da Mãe:		
Logradouro:		Número:
Complemento:		Cidade:
Bairro:	Estado:	CEP:
Estado Civil:		Sexo:
CPF:		R.G.:
Data de Nascimento: ____/____/____	Telefone de contato:	
Naturalidade:		Nacionalidade:
1ª Localidade de atendimento (automática): CAMPINAS		
2ª Localidade de atendimento (opcional):		
Parentesco com o titular:		

Dados do 6º Dependente/Beneficiário

Nome:		
Nome da Mãe:		
Logradouro:		Número:
Complemento:		Cidade:
Bairro:	Estado:	CEP:
Estado Civil:		Sexo:
CPF:		R.G.:
Data de Nascimento: ____/____/____		Telefone de contato:
Naturalidade:		Nacionalidade:
1ª Localidade de atendimento (automática): CAMPINAS		
2ª Localidade de atendimento (opcional):		
Parentesco com o titular:		

Dados do 7º Dependente/Beneficiário

Nome:		
Nome da Mãe:		
Logradouro:		Número:
Complemento:		Cidade:
Bairro:	Estado:	CEP:
Estado Civil:		Sexo:
CPF:		R.G.:
Data de Nascimento: ____/____/____		Telefone de contato:
Naturalidade:		Nacionalidade:
1ª Localidade de atendimento (automática): CAMPINAS		
2ª Localidade de atendimento (opcional):		
Parentesco com o titular:		

Dados do 8º Dependente/Beneficiário

Nome:		
Nome da Mãe:		
Logradouro:		Número:
Complemento:		Cidade:
Bairro:	Estado:	CEP:
Estado Civil:		Sexo:
CPF:		R.G.:
Data de Nascimento: ____/____/____		Telefone de contato:
Naturalidade:		Nacionalidade:
1ª Localidade de atendimento (automática): CAMPINAS		
2ª Localidade de atendimento (opcional):		
Parentesco com o titular:		

Dados do 9º Dependente/Beneficiário

Nome:		
Nome da Mãe:		
Logradouro:		Número:
Complemento:		Cidade:
Bairro:	Estado:	CEP:
Estado Civil:		Sexo:
CPF:		R.G.:
Data de Nascimento: ____/____/____	Telefone de contato:	
Naturalidade:		Nacionalidade:
1ª Localidade de atendimento (automática): CAMPINAS		
2ª Localidade de atendimento (opcional):		
Parentesco com o titular:		

Dados do 10º Dependente/Beneficiário

Nome:		
Nome da Mãe:		
Logradouro:		Número:
Complemento:		Cidade:
Bairro:	Estado:	CEP:
Estado Civil:		Sexo:
CPF:		R.G.:
Data de Nascimento: ____/____/____	Telefone de contato:	
Naturalidade:		Nacionalidade:
1ª Localidade de atendimento (automática): CAMPINAS		
2ª Localidade de atendimento (opcional):		
Parentesco com o titular:		

Dados do 11º Dependente/Beneficiário

Nome:		
Nome da Mãe:		
Logradouro:		Número:
Complemento:		Cidade:
Bairro:	Estado:	CEP:
Estado Civil:		Sexo:
CPF:		R.G.:
Data de Nascimento: ____/____/____	Telefone de contato:	
Naturalidade:		Nacionalidade:
1ª Localidade de atendimento (automática): CAMPINAS		
2ª Localidade de atendimento (opcional):		
Parentesco com o titular:		