

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

O correto preenchimento reduz o tempo de cadastramento do beneficiário e evita a sua devolução. Portanto, siga atentamente todas as instruções de preenchimento, registrando os dados nos campos de maneira legível, em letra de forma e sem emendas ou rasuras. Este documento foi elaborado considerando o número máximo de caracteres permitidos operacionalmente. Sendo assim, não ultrapasse o número de campos disponíveis.

I. DADOS DA EQUIPE DE VENDAS

- 1. NOME DA CORRETORA** – preencher com o nome da Corretora.
- 2. COD. DA CORRETORA** – preencher com o código da Corretora.
- 3. NOME CORRETOR** – preencher com o nome do Corretor.
- 4. CPF CORRETOR** – preencher com o número do CPF do Corretor.
- 5. CÓDIGO CORRETOR** – preencher com o código do Corretor.
- 6. CARIMBO DA CORRETORA** – campo de uso exclusivo para carimbo da Corretora.

II. DADOS CADASTRAIS DA CONTRATANTE

- 1. NOME DA EMPRESA CONTRATANTE** – preencher com o nome (Razão Social) da Empresa Contratante.
- 2. NOME DO CONSELHO PROFISSIONAL, ENTIDADE DE CLASSE, SINDICATO, ASSOCIAÇÃO PROFISSIONAL, COOPERATIVA, ETC** – preencher com o nome (Razão Social) quando esta não for a empresa contratante.
- 3. CNPJ** – preencher com o número do CNPJ da Empresa Contratante.
- 4. INÍCIO DE VIGÊNCIA DO CONTRATO** – preencher com a data de vigência do contrato, no formato DD/MM/AAAA.

III. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

- 1. NOME DO BENEFICIÁRIO TITULAR** – preencher com o nome completo do beneficiário titular. **Não abreviar nenhum nome.**
- 2. DATA DE NASCIMENTO** – preencher com a data de nascimento do beneficiário titular, no formato DD/MM/AAAA.
- 3. SEXO** – preencher com (M), se o beneficiário titular for do sexo masculino ou (F), se for do sexo feminino.
- 4. CPF TITULAR** – preencher com o número do CPF (Cadastro de Pessoa Física) do beneficiário titular, ainda que o mesmo seja menor de 18 anos.
- 5. DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO** – preencher com o número de Registro da Declaração de Nascido Vivo para o beneficiário titular nascido a partir de 1º de Janeiro de 2010.
- 6. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE** – preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde do beneficiário titular.
- 7. NOME DA MÃE DO BENEFICIÁRIO TITULAR** – preencher com o nome completo da mãe do beneficiário titular. **Não abreviar nenhum nome.**
- 8. ESTADO CIVIL** – preencher com o estado civil do beneficiário titular, conforme apresentado: Casado – preencher com (C); Solteiro – preencher com (S); Divorciado – preencher com (D); Separado Judicialmente/Desquitado – preencher com (J); Viúvo – preencher com (V).
- 9. NÚMERO DE IDENTIDADE** – preencher com o número do Documento de Identificação (RG) do beneficiário titular.
- 10. ÓRGÃO EXPEDIDOR** – preencher com o órgão expedidor do Documento de Identificação (RG) do beneficiário titular.
- 11. E-MAIL DO BENEFICIÁRIO TITULAR** – preencher com o e-mail (endereço eletrônico) do beneficiário titular.
- 12. NOME DO CONTRATANTE** – preencher com o nome completo do Contratante se o beneficiário titular for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz. **Não abreviar nenhum nome.**
- 13. DATA DE NASCIMENTO** – preencher com a data de nascimento do Contratante, se o beneficiário titular for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz.
- 14. SEXO** – preencher com (M), se o Contratante for do sexo masculino ou (F), se for do sexo feminino.
- 15. CPF (CONTRATANTE)** – preencher com o número do CPF (Cadastro de Pessoa Física) do Contratante, se o beneficiário titular for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz.
- 16. GRAU DE PARENTESCO** – preencher com a descrição do grau de parentesco entre o beneficiário titular e o Contratante, se o beneficiário titular for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz.
- 17. POSSUI PLANO ANTERIOR?** – assinalar com um “x” no campo “Sim” ou “Não”, de acordo com a situação do beneficiário titular, no que diz respeito a possuir ou não plano de saúde anterior. Em caso afirmativo, é obrigatório anexar documentação comprobatória.
- 18. QUANTO TEMPO?** – quando o campo nº 17 for assinalado com um “Sim”, preencher com o tempo de permanência (em meses ou anos) do beneficiário titular no plano de saúde anterior.
- 19. QUAL A OPERADORA?** – quando o campo nº 17 for assinalado com um “Sim”, preencher com o nome da Operadora com a qual o beneficiário titular mantinha o plano de saúde anterior.
- 20. REGISTRO NA ANS** – quando o campo nº 17 for assinalado com um “Sim”, preencher com o nº de registro na ANS da Operadora com a qual o beneficiário titular mantinha o plano de saúde anterior.

IV. ENDEREÇO DO TITULAR

- 1. ENDEREÇO RESIDENCIAL** – preencher com o endereço residencial do beneficiário titular. **Neste campo preencher apenas o nome do logradouro, sem número ou complemento.**
- 2. NÚMERO** – preencher com o número do endereço residencial do beneficiário titular.
- 3. COMPLEMENTO** – preencher com o complemento do endereço residencial do beneficiário titular.
- 4. BAIRRO** – preencher com o bairro do endereço residencial do beneficiário titular.
- 5. CEP** – preencher com o número do CEP (Código de Endereçamento Postal) do endereço residencial do beneficiário titular, **com 8 dígitos.**
- 6. MUNICÍPIO** – preencher com o município de domicílio do beneficiário titular.
- 7. UF (Unidade de Federação)** – preencher com a UF da cidade do domicílio do beneficiário titular.
- 8. TELEFONE** – preencher com o número de telefone de contato do beneficiário titular, incluindo o DDD (Discagem Direta à Distância) da área.
- 9. TELEFONE CELULAR** – preencher com o número de telefone celular de contato do beneficiário titular, incluindo o DDD (Discagem Direta à Distância) da área.
- 10. ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA** – somente preencher este campo quando o beneficiário titular desejar receber suas correspondências em local diferente do endereço residencial. Neste campo preencher apenas o logradouro, sem número ou complemento.
- 11. NÚMERO** – quando o campo de nº 10 for preenchido, indicar o número correspondente.
- 12. COMPLEMENTO** – quando o campo de nº 10 for preenchido, indicar o complemento correspondente.
- 13. BAIRRO** – quando o campo de nº 10 for preenchido, indicar o bairro correspondente.
- 14. CEP** – quando o campo de nº 10 for preenchido, indicar o CEP (Código de Endereçamento Postal) correspondente, **com 8 dígitos.**
- 15. MUNICÍPIO** – quando o campo de nº 10 for preenchido, indicar o município correspondente.
- 16. UF (Unidade de Federação)** – quando o campo de nº 10 for preenchido, indicar a sigla UF correspondente.

V. DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

- 1. NOME** – preencher com o nome completo de cada beneficiário dependente. **Não abreviar nenhum nome.**
- 2. DATA DE NASCIMENTO** – preencher com a data de nascimento de cada beneficiário dependente, no formato DD/MM/AAAA.
- 3. SEXO** – preencher com (M), se o beneficiário dependente for do sexo masculino ou (F), se for do sexo feminino.
- 4. ESTADO CIVIL** – preencher com o estado civil de cada beneficiário dependente, conforme apresentado: Casado – preencher com (C); Solteiro – preencher com (S); Divorciado – preencher com (D); Separado Judicialmente/Desquitado – preencher com (J); Viúvo – preencher com (V).
- 5. CPF** – preencher com o número do CPF de cada beneficiário dependente, mesmo sendo menor de 18 (dezoito) anos.
- 6. GRAU DE PARENTESCO** – preencher com a descrição do grau de parentesco de cada beneficiário dependente.
- 7. NOME DA MÃE** – preencher com o nome completo da mãe de cada beneficiário dependente inscrito. **Não abreviar nenhum nome.**
- 8. DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO** – preencher com o número da Declaração de Nascido Vivo para cada beneficiário dependente nascido a partir de 1º de janeiro de 2010.
- 9. CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE** – preencher com o número do Cartão Nacional de Saúde de cada beneficiário dependente.
- 10. POSSUI PLANO ANTERIOR?** – assinalar com um “x” no campo “Sim” ou “Não”, de acordo com a situação do beneficiário dependente, no que diz respeito a possuir ou não plano de saúde anterior. Em caso afirmativo, é obrigatório anexar documentação comprobatória.



DENTAL	PROPOSTA CONTRATUAL	2/2
Contratação coletivo por adesão	Nº identificação Proposta	Versão 01/2020

Campo de identificação

- 11. QUANTO TEMPO?** – quando o campo nº 10 for assinalado com um “Sim”, preencher com o tempo de permanência (em meses ou anos) do beneficiário dependente no plano de saúde anterior.
- 12. QUAL A OPERADORA?** – quando o campo nº 10 for assinalado com um “Sim”, preencher com o nome da Operadora com a qual o beneficiário dependente mantinha o plano de saúde anterior.
- 13. REGISTRO NA ANS** – quando o campo nº 10 for assinalado com um “Sim”, preencher com o nº de registro na ANS da Operadora com a qual o beneficiário dependente mantinha o plano de saúde anterior.

VI. DADOS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA CONTRATADA – assinalar com um “x” de acordo com a escolha do beneficiário titular em contratar para si e demais beneficiários inscritos um dos produtos disponíveis.

VII. TOTAL DOS VALORES CONTRATADOS – R\$

VALOR DA MENSALIDADE – preencher com o valor (R\$) da mensalidade do plano escolhido, para cada beneficiário (titular e dependente, se houver).

TOTAL MENSALIDADE – preencher com o somatório dos valores do beneficiário titular e seus dependentes (se houver) considerando cada mensalidade (R\$).

TAXA DE IMPLANTAÇÃO – preencher com o valor total da taxa de implantação da Proposta Contratual. Atenção: esta taxa é cobrada por contrato e não por beneficiário inscrito.

VIII. FORMA DE COBRANÇA – assinalar com um “x” a forma de cobrança escolhida pelo beneficiário titular (Boleto Bancário, Débito em conta corrente ou outra).

DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA CORRENTE – o beneficiário titular poderá realizar o pagamento das mensalidades através de débito em conta. Para isto, deverá assinalar com “x” no campo “Débito em conta corrente” como forma de cobrança, e informar o nome e número do banco, o número da agência com o dígito (se houver), e o número da conta com o dígito (se houver).

VENCIMENTO – este campo deve ser preenchido com a data de vencimento estipulada pela Empresa Contratante.

OUTRA FORMA DE COBRANÇA – este campo deve ser preenchido quando a empresa Contratante estipular outra forma de cobrança, além do “Boleto Bancário” e “Débito em conta corrente”.

IX. RECIBO – PARA USO EXCLUSIVO DO CORRETOR – preencher com o valor pago em algarismos e por extenso. Tendo efetuado o preenchimento, o Corretor deverá datar e assinar.

X. DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES GERAIS

O beneficiário titular deverá ler atentamente as Declarações e Autorizações, datar e assinar **obrigatoriamente**.

Comunicação institucional ou operacional – O beneficiário titular deverá optar por autorizar ou não a Unimed-Rio a utilizar os dados fornecidos em contrato para fins de comunicação institucional ou operacional.

PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

I. PROPOSTA DE ADESÃO À PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

1. NOME DO BENEFICIÁRIO – preencher com o nome completo do beneficiário. **Não abreviar nenhum nome.**

II. PLANO DE ORIGEM

1. NOME DA OPERADORA – preencher com o nome da Operadora de origem do beneficiário.

2. REGISTRO DA OPERADORA NA ANS – preencher com o número de registro da Operadora de Origem na ANS.

3. NOME DO PLANO – preencher com o nome comercial do plano de origem do beneficiário.

4. REGISTRO DO PLANO NA ANS – preencher com o número de registro do plano de origem do beneficiário na ANS.

5. SEGMENTAÇÃO DO PLANO – preencher com o tipo de segmentação do plano de origem do beneficiário.

6. DATA DE INCLUSÃO – preencher com a data de inclusão do beneficiário na operadora de origem, no formato DD/MM/AAAA.

7. ÚLTIMO PAGAMENTO – preencher com a data referente ao último pagamento realizado na Operadora de origem, no formato DD/MM/AAAA.

8. EXERCEU A PORTABILIDADE? – Informar se o beneficiário já exerceu a portabilidade assinalando com um “x” no campo “Sim” ou “Não”.

9. CUMPRIU OU ESTÁ CUMPRINDO CPT? – Informar se o beneficiário cumpriu ou está cumprindo CPT, assinalando com um “x” no campo “Sim” ou “Não”.

III. PLANO DE DESTINO

1. NOME DA OPERADORA – Campo já preenchido como “Unimed-Rio”.

2. REGISTRO DA OPERADORA NA ANS – campo já preenchido com o número de registro da Unimed-Rio na ANS “39.332-1”.

3. NOME DO PLANO – preencher com o nome comercial do plano na operadora de destino (Unimed-Rio).

4. REGISTRO DO PLANO NA ANS – preencher com o número de registro do plano de destino na ANS.

IV. PRINCIPAIS DOCUMENTOS APRESENTADOS – assinalar com um “x” quais os documentos apresentados pelo beneficiário para o exercício da portabilidade de carências na Unimed-Rio

V. QUESTIONAMENTOS COMPLEMENTARES

1. ESTÁ INTERNADO? – assinalar com um “x” no campo “Sim” ou “Não” indicando se o beneficiário está internado.

2. CASO AFIRMATIVO, INFORMAR EM QUAL HOSPITAL – quando o campo nº 1 for assinalado com um “Sim”, preencher com o nome do hospital em que o beneficiário está internado.

3. HÁ PREVISÃO PARA INTERNAÇÃO? – assinalar com um “x” no campo “Sim” ou “Não” indicando se há previsão para internação do beneficiário.

4. CASO AFIRMATIVO, INFORMAR EM QUAL HOSPITAL – quando o campo nº 3 for assinalado com um “Sim”, preencher com o nome do hospital em que o beneficiário será internado.

VI. DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE:

O beneficiário deverá ler atentamente as Declarações, datar e assinar **obrigatoriamente**.

O item 5 deve ser preenchido com a data de início de vigência do contrato referente ao exercício da Portabilidade de Carências pelo beneficiário.

CAMPOS DE ASSINATURAS

Os campos devem ser assinados pelo beneficiário titular ou por seu representante legal, se o titular for menor de 18 (dezoito) anos ou incapaz.

TODAS AS PÁGINAS QUE NÃO CONTENHAM ESPAÇO PARA ASSINATURA DEVEM SER RUBRICADAS PELO BENEFICIÁRIO TITULAR.

I. DADOS DA EQUIPE DE VENDAS

1. Nome da Corretora

2. Cód. da Corretora

3. Nome Corretor(a)

4. CPF Corretor(a)

5. Cód. Corretor(a)

6. Carimbo da
Corretora

II. DADOS CADASTRAIS DA CONTRATANTE

1. Nome da Empresa Contratante

2. Nome do conselho profissional, entidade de classe, sindicato, associação profissional, cooperativa, etc
(preenchimento necessário quando esta não for a empresa contratante)

3. CNPJ

4. Início de vigência do contrato

III. DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

1. Nome do Beneficiário Titular

2. Data de Nasc.

3. Sexo

4. CPF do Titular

5. Declaração de Nascido Vivo

6. Cartão Nacional de Saúde

7. Nome da Mãe do Beneficiário Titular

8. Est. Civil

9. Número de Identidade

10. Órgão Expedidor

11. E-mail do beneficiário titular

12. Nome contratante (se o beneficiário titular for menor de idade ou incapaz)

13. Data de Nasc.

14. Sexo

15. CPF Contratante

16. Grau de Parentesco

17. Possui Plano Anterior?

☐ Não ☐ Sim (anexar doc. comprobatória)

18. Qto. Tempo?

19. Qual Operadora?

20. Registro na ANS

IV. ENDEREÇO DO TITULAR

1. Endereço Residencial (Rua, Av, Tv, Pç.)

2. Número

3. Complemento

4. Bairro

5. CEP

6. Município

7. UF

8. DDD | Telefone

9. DDD | Celular

Rubrica

IV. ENDEREÇO DO TITULAR (continuação)

10. Endereço para Correspondência (Rua., Av., Tv., Pç.)

11. Número

12. Complemento

13. Bairro

14. CEP

15. Município

16. UF

V. DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

1. Nome do 1º Beneficiário Dependente

1

2. Data de Nascimento

3. Sexo

4. Est. Civil

5. CPF

6. Grau de Parentesco

7. Nome da Mãe do Beneficiário Dependente

8. Declaração de Nascido Vivo

9. Cartão Nacional de Saúde

10. Possui Plano Anterior?

☐ Não ☐ Sim (anexar doc. comprobatória)

11. Qto. Tempo?

12. Qual Operadora?

13. Registro na ANS

1. Nome do 2º Beneficiário Dependente

2

2. Data de Nascimento

3. Sexo

4. Est. Civil

5. CPF

6. Grau de Parentesco

7. Nome da Mãe do Beneficiário Dependente

8. Declaração de Nascido Vivo

9. Cartão Nacional de Saúde

10. Possui Plano Anterior?

☐ Não ☐ Sim (anexar doc. comprobatória)

11. Qto. Tempo?

12. Qual Operadora?

13. Registro na ANS

1. Nome do 3º Beneficiário Dependente

3

2. Data de Nascimento

3. Sexo

4. Est. Civil

5. CPF

6. Grau de Parentesco

7. Nome da Mãe do Beneficiário Dependente

8. Declaração de Nascido Vivo

9. Cartão Nacional de Saúde

10. Possui Plano Anterior?

☐ Não ☐ Sim (anexar doc. comprobatória)

11. Qto. Tempo?

12. Qual Operadora?

13. Registro na ANS

Rubrica



DENTAL	PROPOSTA CONTRATUAL	3/4
Contratação coletivo por adesão	Nº identificação Proposta	Versão 01/2020

Campo de identificação

VI. DADOS DO PLANO DE ASSISTÊNCIA EXCLUSIVAMENTE ODONTOLÓGICA CONTRATADA

Plano	Registro ANS	Descrição da Cobertura
X Unimed Dental	470.780/14-0	Cobertura básica prevista no Rol de Procedimentos (ANS)
Cobertura Adicional	Descrição da Cobertura	
Unimed Dental 2	Cobertura básica prevista no Rol de Procedimentos (ANS) e documentação ortodôntica.	

ATENÇÃO:

1. Verifique a disponibilidade do plano no período de contratação;
2. Os dependentes eventualmente inscritos, serão cadastrados obrigatoriamente na mesma categoria do plano do beneficiário titular.

VII - TOTAL DOS VALORES CONTRATADOS - R\$

Valores	Titular	1º Dependente	2º Dependente	3º Dependente	Total Mensalidade
Valor Mensalidade					
Taxa de implantação	Valor único por contrato				

VIII - FORMA DE COBRANÇA

- ☐ Boleto Bancário ☐ Débito em conta corrente ☐ Outra

DADOS DÉBITO AUTOMÁTICO EM CONTA CORRENTE

1. Nome do Banco 2. Nº Banco 3. Nº Agência/Dígito 4. Nº Conta Corrente/Dígito

VENCIMENTO TODO DIA DE CADA MÊS.

OUTRA FORMA DE COBRANÇA

IX. RECIBO (para uso exclusivo do Corretor)

Recebi a importância de R\$
()
correspondente ao total dos valores do produto contratado e a taxa de implantação.

_____, ____ de _____ de _____. Assinatura do Corretor

Rubrica

X. DECLARAÇÕES E AUTORIZAÇÕES GERAIS

Em virtude da contratação, declaro que:

1. Recebi informações completas e suficientes para a perfeita compreensão do produto que irei contratar;
2. Conforme estabelecido nas normas em vigor da ANS, recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e tenho ciência de que o Guia de Leitura Contratual (GLC) será entregue junto com os cartões de identificação do beneficiário titular e dos dependentes eventualmente inscritos;
3. Comprovei no ato da contratação, residência em um dos municípios que fazem parte da região de comercialização da UNIMED-RIO (**município do Rio de Janeiro ou município de Duque de Caxias**), por meio de documentação própria para este fim;
4. Tenho ciência que, os serviços cobertos pelo Unimed Dental e Unimed Dental 2 serão prestados pela *Unimed Saúde e Odonto S/A*. Estou ciente, ainda, de que a Unimed-Rio reserva-se o direito de contratar esta assistência com outra pessoa jurídica a qualquer momento durante a relação contratual, independente de aviso prévio;
5. As informações prestadas nesta Proposta Contratual e os documentos apresentados são absolutamente verdadeiros e completos, para os quais me responsabilizo civil e criminalmente pelas informações nela prestadas; e
6. Autorizo a Unimed-Rio a entrar em contato por meio dos dados fornecidos nesta Proposta, para fins de comunicação institucional ou operacional.

☐ Sim ☐ Não

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário Titular



DENTAL	PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS	1/1
Contratação coletivo por adesão	Nº identificação Proposta	Versão 01/2020

Campo de identificação

I. PROPOSTA DE ADESÃO À PORTABILIDADE DE CARÊNCIAS

1. Nome do Beneficiário

II. PLANO DE ORIGEM

1. Nome da operadora

2. Registro da operadora na ANS

3. Nome do plano

4. Registro do plano na ANS

5. Segmentação do Plano

6. Data de Inclusão

____/____/____

7. Último pagamento em:

____/____/____

8. Exerceu portabilidade?

☐ Não ☐ Sim

9. Cumpriu ou está cumprindo CPT?

☐ Não ☐ Sim

III. PLANO DE DESTINO

1. Nome da operadora

Unimed-Rio

2. Registro da operadora na ANS

39.332-1

3. Nome do plano

4. Registro do plano na ANS

IV. PRINCIPAIS DOCUMENTOS APRESENTADOS

☐ Comprovante de pagamento das 3 (três) últimas mensalidades vencidas

☐ Comprovante de prazo de permanência no plano de origem

☐ Relatório de compatibilidade entre os planos de origem e de destino

☐ Comprovante de vínculo com a pessoa jurídica contratante do plano

☐ Cópia da Declaração de Saúde preenchida no plano de origem, caso o beneficiário esteja em cumprimento de CPT

V. QUESTIONAMENTOS COMPLEMENTARES

1. Está internado?

☐ Não ☐ Sim

2. Caso afirmativo, informar em qual Hospital:

3. Há previsão para internação?

☐ Não ☐ Sim

4. Caso afirmativo, informar em qual Hospital:

VI. DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE:

1. A Unimed-Rio tem até 10 (dez) dias, contados da data de assinatura desta Proposta, para concluir sua análise, bem como da documentação entregue no ato;

2. a Unimed-Rio me enviará correspondência, caso não haja atendimento aos requisitos mínimos para exercício da Portabilidade de carências, justificando sua recusa;

3. as coberturas e serviços adicionais do plano de origem não estão contempladas no plano de destino escolhido, sendo o atendimento limitado aos procedimentos constantes no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS vigente na data do evento;

4. nos planos com segmentação exclusivamente odontológica, é desconsiderada a exigência de preenchimento dos campos que tratam da CPT e os questionamentos complementares;

5. após conclusão da análise da documentação e aceite da Unimed-Rio, o início de vigência do meu contrato ocorrerá conforme acordo contratual da empresa contratante, que dar-se-á em __/__/__;

6. declaro, ainda, que as informações por mim prestadas nesta Proposta são verdadeiras, pelas quais assumo inteira responsabilidade.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário Titular

ANS - Nº 39.332-1

Registro da Unimed-Rio na ANS