

Associação dos Docentes da UFRRJ
Comissão de Saúde da ADUR-RJ

Termo de Opção Plano Unimed Costa Verde.

1) IDENTIFICAÇÃO:

NOME DO TITULAR: _____

CPF: _____

NÚMERO ASSOCIADO UNIMED: _____

2) OPÇÃO:

Opto por permanecer no plano atual, contrato de 1997, com seus respectivos adendos, plano este não regulamentado, estando ciente de todas as limitações contratuais do mesmo.

Opto para migrar para o novo contrato, plano regulamentado pela lei nº 9656/98, que será implementado nos próximos 20 a 60 dias. Se esta opção for a escolhida, favor montar a grade do plano na folha em anexo, segundo sua escolha.

3) DECLARAÇÃO:

Declaro para os devidos fins, ser de minha total responsabilidade civil, **esta opção**, eximindo a ADUR-RJ e a Unimed Costa Verde de qualquer responsabilidade pela minha escolha, sabendo que, passado este momento de transição e de negociação ADUR-RJ/UNIMED COSTA VERDE (30 dias), caso opte por permanecer no plano atual, terei, caso queira ingressar no plano regulamentado no futuro, que cumprir por ordem contratual, a todas as normas e critérios deste novo plano, ou seja, não terei as mesmas condições acordadas pelas partes acima, no período pré estabelecido para a migração.

Seropédica, ____ de setembro de 2008

Assinatura

EU, _____, POSSUIDOR DO PLANO DE SAÚDE UNIMED COSTA VERDE, Nº 231.0011._____, QUERO MIGRAR PARA O PLANO UNIMED COSTA VERDE REGULAMENTADO, TENDO CIÊNCIA DO NOVO CONTRATO COM SEUS VALORES.

CÓDIGO USUÁRIO	NOME	MODALIDADE DO PLANO	PLANO	SOS

DOCUMENTOS A SEREM ENTREGUES JUNTO AS FICHAS

Cópias

TITULAR / DEPENDENTES

Identidade ou Certidão de Nascimento

CPF

Comprovante de residência

PIS

Contra-cheque

Seropédica, ____ de setembro de 2008

Assinatura