

FICHA DE DADOS CADASTRAIS

Cartão Ponto: _____ Nome do Associado: _____
RG: _____ CPF: _____ Data Nasc. ____/____/____
*Endereço: _____ Bairro: _____
CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____
Fone: () _____ Celular: () _____
E-mail: _____
Banco: _____ AG: _____ C/C: _____ Est. Civil: _____
Escolaridade: _____ () Completo. () Incompleto
Data de Admissão na Empresa: ____/____/____ Setor: _____ Ramal: _____

-----DEPENDENTES-----

Cônjuge e filhos. (Cônjuge, encaminhar juntamente cópia de documento: certidão de casamento ou união estável)

N.	Nome dos Dependentes	Parentesco	Gênero	Data Nascimento
01				
02				
03				
04				

TERMO DE COMPROMISSO

Venho por meio deste, pedir ingresso na Associamed, declarando conhecer todo seu Estatuto, principalmente no que se relaciona com os direitos e obrigações do associado.

Autorizo neste ato a Associamed a pleitear da Unimed – Porto Alegre o desconto referente à mensalidade e também todos os outros descontos de convênios, através de Cartão Digital com utilização de senha pessoal, ou também OC (Ordem de Compra) assinada, que venho a utilizar-me, valor este estipulado mensalmente até saldar o débito.

Autorizo igualmente a Associamed a pleitear da Unimed – Porto Alegre o desconto total dos meus débitos, vencidos e vincendos com a Associamed, na hipótese de rescisão de contrato de trabalho que mantenho com a Unimed – Porto Alegre.

Ainda assim, na falta de saldo suficiente em rescisão de trabalho, junto a Unimed Porto Alegre, autorizo a ASSOCIAMED, a utilizar-se dos meios de cobrança disponíveis no mercado financeiro e realizar o envio de Boleto, a ser acordado parcelamento nesta modalidade e no máximo de 5x (cinco vezes) do saldo pendente em rescisão. O não pagamento deste saldo via boleto de pagamento, implicará no envio de cobrança, por parte da Associamed, através dos órgãos competentes para estes fins (SPC/SERASA).

Porto Alegre, ____ de _____ de 20__.

Assinatura do Associado

Conselho diretor/2020/2021.

-----Para Uso Exclusivo da Associamed-----

Data Admissão na Associamed: ____/____/____.

Obs: A exclusão poderá ser solicitada pelo associado após 04 (quatro) meses do preenchimento da ficha de cadastramento.

_____.