

**FICHA DE ADESÃO, ALTERAÇÃO DE DADOS E  
AUTORIZAÇÃO DE DESCONTO OU EXCLUSÃO AO  
PLANO DE SAÚDE DA AERONÁUTICA - PLASA**

Início da vigência do Plano

Preencher datilogra camente ou em letra de forma legível.

| Tipo    | Posto | Ordem/Nº do Saram                  | DV | OM Pagadora                          |
|---------|-------|------------------------------------|----|--------------------------------------|
| Militar |       |                                    |    |                                      |
| Siape   | DV    | SIAPE do Instituidor (pensionista) | DV |                                      |
| Civil   |       |                                    |    | <input type="checkbox"/> Pensionista |

**Identificação**

|   |                      |                         |                      |
|---|----------------------|-------------------------|----------------------|
| Nome  |                      |                         | CPF                  |
| Sexo  | Data de Nascimento   | Estado Civil            | RG                   |
| Emissor   | UF Emissor           | Naturalidade do Titular |                      |
| Nome da Mãe do Titular                                    |                      |                         |                      |
| Titular Cartão Nacional da Saúde (CNS)                    |                      |                         | PIS/PASEP (Opcional) |
| Endereço Residencial Completo (Preenchimento Obrigatório) |                      |                         |                      |
| Nº / Apto. / Andar / Bloco                                |                      | Bairro                  | Cidade               |
| CEP   | Telefone Residencial | Telefone Celular        |                      |
| E-mail  |                      |                         |                      |

**Reembolso**

|       |         |       |
|-------|---------|-------|
| Banco | Agência | Conta |
|-------|---------|-------|

**Tipo de Movimentação**

|                                   |   |  |  |   |   |
|-----------------------------------|---|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Inclusão | <input type="checkbox"/> Inclusão de Dependente | <input type="checkbox"/> Exclusão Total* | <input type="checkbox"/> Exclusão de Dependente* | <input type="checkbox"/> Alteração de Dados | <input type="checkbox"/> Transferência de Plano |
|-----------------------------------|---|--|--|---|---|

\*Motivo de Exclusão

**Modalidade de Planos**

| UNIMED RIO  |  |  |
|---|--|--|
| Sem coparticipação - Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia          | Com coparticipação - Ambulatorial / Hospitalar com Obstetrícia           | Plano Odontológico   |
| <input type="checkbox"/> UNIMED PERSONAL QC - Registro ANS:467.681/12-5 | <input type="checkbox"/> UNIPART BÁSICO Q/C - Registro ANS: 474.210/15-9 | <input type="checkbox"/> DENTAL - Registro ANS: 466.974/12-6   |
| <input type="checkbox"/> ALFA 2 - Registro ANS: 467.683/12-1            | <input type="checkbox"/> UNIPART BÁSICO Q/P - Registro ANS: 474.215/15-0 | <input type="checkbox"/> DENTAL 2 - Registro ANS: 466.974/12-6 |
| <input type="checkbox"/> UNIMED BETA 2 - Registro ANS: 467.685/12-8     | <input type="checkbox"/> UNIPART ESPECIAL - Registro ANS: 474.214/15-1   |  |
| <input type="checkbox"/> DELTA 2 - Registro ANS: 467.687/12-4           |  |  |
| <input type="checkbox"/> ÔMEGA PLUS - Registro ANS: 467.662/12-9        |  |  |

## Beneficiários

|   |            |
|---|------------|
| Incluir Titular <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Valor (\$) |
|---|------------|

### Dados Cadastrais dos Dependentes

|                                |               |                    |             |
|--------------------------------|---------------|--------------------|-------------|
| 1                              | Nome Completo | Data de Nascimento | Sexo        |
| Estado Civil                   | Parentesco    | CPF                | Valor (R\$) |
| Cartão Nacional da Saúde (CNS) | Nome da Mãe   |                    |             |
| 2                              | Nome Completo | Data de Nascimento | Sexo        |
| Estado Civil                   | Parentesco    | CPF                | Valor (R\$) |
| Cartão Nacional da Saúde (CNS) | Nome da Mãe   |                    |             |
| 3                              | Nome Completo | Data de Nascimento | Sexo        |
| Estado Civil                   | Parentesco    | CPF                | Valor (R\$) |
| Cartão Nacional da Saúde (CNS) | Nome da Mãe   |                    |             |
| 4                              | Nome Completo | Data de Nascimento | Sexo        |
| Estado Civil                   | Parentesco    | CPF                | Valor (R\$) |
| Cartão Nacional da Saúde (CNS) | Nome da Mãe   |                    |             |
|                                |               |                    | Total:      |

Preenchimento obrigatório dos Campos: CPF do titular e dependente, ligação titular e dependentes, data de nascimento titular e dependentes, cédula de identidade, endereço, grau de parentesco dependentes e CNS titular e dependentes. O Pls/PASEP é campo opcional. Consulte o Termo de Credenciamento.

## Declaração Pessoal

O beneficiário está ciente que:

- 1.A adesão dos beneficiários ao PLASA estará sujeita às disposições contratuais, à análise e aceitação por parte do Comando da Aeronáutica;
  - 2.Qualquer inverdade ou não preenchimento dos campos deste formulário implicará na recusa da sua inclusão no PLASA;
  - 3.De acordo com o Termo de Credenciamento, o grau de parentesco define-se: cônjuge ou companheiro (a), filhos, enteados, tutelados, menores, sob guarda por força de decisão judicial até 24 (vinte quatro) anos ou se inválidos ou incapacitados para o trabalho sem limite de idade, os pais (biológicos ou adotivos) sem economia própria, comprovadamente dependentes (por meio de declaração de imposto de renda e que tenham renda de até 1 (um) salário mínimo, considerados usuários dependentes);
  - 4.Estado civil define-se: casado, solteiro, divorciado, separado judicialmente, viúvo e companheiros;
  - 5.Esta ficha de adesão está em conformidade com o contrato e aditivos assinados entre as partes;
  - 6.A ficha assinada deverá ser enviada, com data atualizada e os documentos necessários para a realização da movimentação.  
Após o envio para o fax (21)2212-1000 ou o envio por e-mail "qualividaer@qualividabeneficios.com.br", confirme o recebimento através do telefone 0800 025 3080 ou (21)2212-1000
- \*\*CNS: Cartão Nacional de Saúde.
- 7.As movimentações terão vigência de acordo com o calendário estipulado pelo Comando da Aeronáutica e pela Unimed-Rio. Consulte o termo de Credenciamento;
  - 8.Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para a aceitação desta Proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão, e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) às condições do contrato coletivo do Plano de Saúde. Declaro receber neste ato, o "Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde" e cópia da presente "Proposta", da "Carta de Orientação ao Beneficiário", e estou ciente de que os cartões de identificação e a lista de prestadores referenciados são responsabilidade da Operadora, bem como o " Guia de Leitura Contratual" e o Manual do Beneficiário, que reproduz condições contratuais do contrato coletivo do Plano de Saúde com os esclarecimentos sobre os aspectos relativos à utilização e manutenção do benefício e os direitos e obrigações dos beneficiários, serão enviados a mim e meu(s) dependente(s);
  - 9.Declaro por fim que tomo ciência de que os documentos mencionados no item 8 também estão disponíveis para acesso e download no site [www.unimedrio.com.br](http://www.unimedrio.com.br), e que fui orientado a realizar o download dos mesmos, uma vez que em tais documentos constam regras e disposições contratuais do Plano de Saúde quando houver adesão, por mim aderido.

## Autorização

Local e Data:

Autorizo o desconto em meu contracheque no valor de R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ ) para o Plano de Saúde da Aeronáutica - PLASA.

Declaro que as Informações aqui prestadas e os documentos apresentados são absolutamente verdadeiros, e me responsabilizo civil e criminalmente por elas.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO BENEFICIARIO TITULAR