



UNIMED NOROESTE DE MINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
LTDA.
CNPJ 41.905.498/0001-19
Rua Josino Valadares, 33, Paracatu (MG), CEP 38600-140
FONE: (38) 3311-2100

Registro ANS:

31.549-4

FICHA CADASTRAL / FORMULÁRIO DE INCLUSÃO

Nº DO CONTRATO: _____ **VIGÊNCIA:** _____

RAZÃO SOCIAL: _____

TIPO: () INCLUSÃO DE TITULAR () INCLUSÃO DE DEPENDENTE **ACOMODAÇÃO:** ENFERMARIA

Nº DO PRODUTO: 466.521/12-0 **NOME DO PRODUTO:** PARTICIPATIVO EMPRESARIAL APARTAMENTO

DADOS DO TITULAR

Nome: _____

Documento Identidade: _____ **Órgão Expedidor:** _____ **Data De Emissão:** _____ **Nacionalidade** _____

Data de Nascimento: _____ **Sexo:** _____ **E. Civil:** _____ **PIS:** _____

CPF: _____ **CNS:** _____ **Telefone:** _____

Pai: _____

Mãe: _____

Endereço: _____ **Nº:** _____ **COMP:** _____

Bairro: _____ **Cidade:** _____ **UF:** _____ **CEP:** _____

Cód. do Beneficiário: _____ **Cód. de Identificação:** _____

DADOS DOS DEPENDENTES

Nome: _____

Sexo: _____ **E. Civil:** _____ **Data de Nascimento:** _____ **Parentesco:** _____

Pai: _____

Mãe: _____

Cód. do Beneficiário: _____ **Cód. de Identificação:** _____

Nome: _____

Sexo: _____ **E. Civil:** _____ **Data de Nascimento:** _____ **Parentesco:** _____

Pai: _____

Mãe: _____

Cód. do Beneficiário: _____ **Cód. de Identificação:** _____

Nome: _____

Sexo: _____ **E. Civil:** _____ **Data de Nascimento:** _____ **Parentesco:** _____

Pai: _____

Mãe: _____

Cód. do Beneficiário: _____ **Cód. de Identificação:** _____



UNIMED NOROESTE DE MINAS COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO
LTDA.
CNPJ 41.905.498/0001-19
Rua Josino Valadares, 33, Paracatu (MG), CEP 38600-140
FONE: (38) 3311-2100

Registro ANS:

31.549-4

Nome:			
Sexo:	E. Civil:	Data de Nascimento:	Parentesco:
Pai:			
Mãe:			
Cód. do Beneficiário:			Cód. de Identificação:

OBS. TODOS OS CAMPOS DEVERÃO SER PREENCHIDOS.

DOCUMENTOS OBRIGATÓRIOS PARA INCLUSÃO

TITULAR

- Ficha cadastral (carimbado e assinado) todos os campos da ficha são obrigatórios o preenchimento;
- CPF, Identidade (cópia legível);
- CNS – Cartão Nacional de Saúde/ Cartão SUS (cópia legível);
- Comprovante de residência (cópia legível);
- Comprovante do vínculo empregatício (Cópia da Cart. Trabalho c/ foto, dados pessoais e contrato de trabalho ou GFIP);
- Carta orientação ANS;
- Declaração de Saúde (Rubricar todas as páginas) sem rasuras;
- CPT (assinada pelo beneficiário);
- Nº PIS;

DEPENDENTES

- Ficha cadastral;
- Certidão de Nascimento (Menor de 07 anos);
- CPF
- Identidade (Maiores de 08 anos);
- Comprovante de residência (cópia legível);
- Certidão de casamento ou declaração de união estável;
- CNS – Cartão Nacional de Saúde/ Cartão SUS (cópia legível);
- Carta orientação ANS;
- Declaração de Saúde (Rubricar todas as páginas) sem rasuras;
- CPT (assinada pelo responsável);

- **OBS.: NÃO SERÁ RECEBIDO PELA UNIMED NOROESTE DE MINAS DOCUMENTOS COM RASURAS, PREENCHIMENTO INCORRETO E/OU INCOMPLETO.**

Declaro para os devidos fins necessários que as informações acima prestadas estão corretas, e que estou ciente das condições do contrato.

Assinatura do Titular

Nome do responsável carimbo e assinatura do (a) contratante.