



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: 461.149/10-7

NOME DO PRODUTO: PARTICIPATIVO ENFERMARIA EMPRESARIAL

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.