

FICHA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

Nome do Vend. _____
Cód. do Plano _____

www.unimedpalmas.com.br
104 Norte Rua NE 01 Lote 01 Edifício
Beatriz Salas 101 a 106 S/N
CEP 77006-900 – Palmas – To
CNPJ/MF 37.313.475/0001-48
F. (63) 3025-5800 / 3215-4090

Unimed 
Palmas

INSCRIÇÃO INCLUSÃO ALTERAÇÃO

EXCLUSÃO TITULAR + DEPENDENTE(S)
 EXCLUSÃO SÓ DEPENDENTE(S)

ANS - nº 309907

DADOS DA CONTRATAÇÃO

<input type="checkbox"/> PESSOA JURÍDICA	CÓDIGO DA EMPRESA 222	CO-PARTICIPAÇÃO	ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	TIPO DE ACOMODAÇÃO
RAZÃO SOCIAL			CNPJ	
LANÇAMENTO NA FATURA DE:	VALOR DA MENSALIDADE R\$	VALOR DA TAXA DE INSCRIÇÃO R\$	VALOR TOTAL DA ADESÃO R\$	

DADOS DO TITULAR

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

SEXO	E/C - ESTADO CIVIL			GRAU DE DEPENDÊNCIA (CÓDIGO)					
M - Masculino F - Feminino	S - Solteiro (a) C - Casado (a)	V - Viuvo (a) D - Divorciado (a)	SJ - Separado Judicialmente	00 - P/ Titular 01 - P/ Esposa	02 - P/ Companheira 09 - P/ Esposo	10 a 29 - Filhos 30 a 49 - Filhas	50 P/ Pai 51 P/ Mãe	52 P/ - Sogra 53 P/ - Sogra	60 a 69 - Outros 70 a 74 - Filhos Adotivos
NOME									DATA NASCIMENTO
SEXO	E/C	CPF	ENDEREÇO RESIDENCIAL						BAIRRO
CEP	CIDADE			UF	TELEFONE	RG	ORGÃO EXP. (UF)		
NATURALIDADE					E-MAIL			VALOR DA MENSALIDADE R\$	
NOME DA MÃE							CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE		

CARÊNCIA DO TITULAR (Especificação em Dias)

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	CONSULTAS E EXAMES BÁSICOS:	PROCEDIMENTOS E EXAMES ESPECIAIS:	INTERN. CLÍNICA/ CIRURGIA	ASSISTÊNCIA AO PARTO:	DOENÇAS PREEXISTENTES:
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	---------------------------	-----------------------	------------------------

DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)

NOME DO DEPENDENTE 1					Cód.	Sexo	Data de Nasc.	E/C	Valor da Mensalidade R\$
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE			DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS		RG	CPF			
NOME DA MÃE					NATURALIDADE			CERT. NASC.	

CARÊNCIA DO DEPENDENTE 1 (Especificação em Dias)

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	CONSULTAS E EXAMES BÁSICOS:	PROCEDIMENTOS E EXAMES ESPECIAIS:	INTERN. CLÍNICA/ CIRURGIA	ASSISTÊNCIA AO PARTO:	DOENÇAS PREEXISTENTES:
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	---------------------------	-----------------------	------------------------

NOME DO DEPENDENTE 2					Cód.	Sexo	Data de Nasc.	E/C	Valor da Mensalidade R\$
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE			DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS		RG	CPF			
NOME DA MÃE					NATURALIDADE			CERT. NASC.	

CARÊNCIA DO DEPENDENTE 2 (Especificação em Dias)

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	CONSULTAS E EXAMES BÁSICOS:	PROCEDIMENTOS E EXAMES ESPECIAIS:	INTERN. CLÍNICA/ CIRURGIA	ASSISTÊNCIA AO PARTO:	DOENÇAS PREEXISTENTES:
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	---------------------------	-----------------------	------------------------

NOME DO DEPENDENTE 3					Cód.	Sexo	Data de Nasc.	E/C	Valor da Mensalidade R\$
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE			DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS		RG	CPF			
NOME DA MÃE					NATURALIDADE			CERT. NASC.	

CARÊNCIA DO DEPENDENTE 3 (Especificação em Dias)

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	CONSULTAS E EXAMES BÁSICOS:	PROCEDIMENTOS E EXAMES ESPECIAIS:	INTERN. CLÍNICA/ CIRURGIA	ASSISTÊNCIA AO PARTO:	DOENÇAS PREEXISTENTES:
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	---------------------------	-----------------------	------------------------

NOME DO DEPENDENTE 4					Cód.	Sexo	Data de Nasc.	E/C	Valor da Mensalidade R\$
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE			DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS		RG	CPF			
NOME DA MÃE					NATURALIDADE			CERT. NASC.	

CARÊNCIA DO DEPENDENTE 4 (Especificação em Dias)

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	CONSULTAS E EXAMES BÁSICOS:	PROCEDIMENTOS E EXAMES ESPECIAIS:	INTERN. CLÍNICA/ CIRURGIA	ASSISTÊNCIA AO PARTO:	DOENÇAS PREEXISTENTES:
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	---------------------------	-----------------------	------------------------

NOME DO DEPENDENTE 5					Cód.	Sexo	Data de Nasc.	E/C	Valor da Mensalidade R\$
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE			DECLARAÇÃO DE NASCIDOS VIVOS		RG	CPF			
NOME DA MÃE					NATURALIDADE			CERT. NASC.	

CARÊNCIA DO DEPENDENTE 5 (Especificação em Dias)

URGÊNCIAS E EMERGÊNCIAS	CONSULTAS E EXAMES BÁSICOS:	PROCEDIMENTOS E EXAMES ESPECIAIS:	INTERN. CLÍNICA/ CIRURGIA	ASSISTÊNCIA AO PARTO:	DOENÇAS PREEXISTENTES:
-------------------------	-----------------------------	-----------------------------------	---------------------------	-----------------------	------------------------

Declaro para os devidos fins de direito, que fui devidamente informado pela entidade a qual estou vinculado diretamente por meio de quem aderir ao plano de saúde UNIMED, dos meus direitos e deveres e que preenchi esta ficha sob a orientação adequada.

RECEBI

Data: ____/____/____

Assinatura do Usuário Titular

Central de Vendas

Assinatura do Contratante ou Responsável