

 <p><b>Unimed</b> Noroeste de Minas</p>	<p>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</p>	<p>Registro ANS:  31.549-4</p>
--	--	--

**FICHA CADASTRAL / FORMULÁRIO DE INCLUSÃO**

<b>Nº DO CONTRATO:</b>	<b>VIGÊNCIA:</b>
------------------------	------------------

**RAZÃO SOCIAL:**

<b>TIPO:</b> ( ) INCLUSÃO DE TITULAR    ( ) INCLUSÃO DE DEPENDENTE	<b>ACOMODAÇÃO:</b> NÃO SE APLICA
--	----------------------------------

<b>Nº DO PRODUTO:</b> 461.101/09-2	<b>NOME DO PRODUTO:</b> PARTICIPATIVO AMBULATORIAL 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:
-----------------------	------------------------

**DADOS DOS DEPENDENTES**

Nome:

Sexo:	E. Civil:	Data de Nascimento:	Parentesco:
-------	-----------	---------------------	-------------

Pai:

Mãe:

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:
-----------------------	------------------------



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.