



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: APARTAMENTO	
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.