



INCLUSÃO DE BENEFICIÁRIOS CONTRATO COLETIVO



MODALIDADE: _____ TERMO: _____ EMPRESA CONTRATANTE: _____
 INCLUSÃO DE: () TITULAR () TITULAR COM DEPENDENTES () DEPENDENTES

BENEFICIÁRIO TITULAR

NOME: _____ SEXO: _____
 DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ RG: _____ CPF: _____ ESTADO CIVIL: _____
 MATRÍCULA (OPCIONAL): _____ DATA ADMISSÃO: ____/____/____
 Nº PIS/PASEP/NIT: _____ CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS): _____
 NOME DA MÃE: _____
 JÁ POSSUI OU POSSUIU PLANO UNIMED? () NÃO () SIM CÓDIGO DO CARTÃO: _____
 E-MAIL: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL

LOGRADOURO: _____ NÚMERO: _____
 COMPLEMENTO: _____ CAIXA POSTAL: _____ CEP: _____ BAIRRO: _____
 CIDADE: _____ ESTADO: _____ CONTATOS: _____

DEPENDENTES

NOME COMPLETO: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
 SEXO: _____ PARENTESCO: _____ ESTADO CIVIL: _____
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS): _____ RG: _____ CPF: _____
 DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (RECÉM-NASCIDO) (OPCIONAL): _____
 LOGRADOURO: _____ NÚMERO: _____ COMPLEMENTO: _____
 BAIRRO: _____ CEP: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____
 NOME DA MÃE: _____ CONTATOS: _____
 JÁ POSSUI OU POSSUIU PLANO UNIMED? () NÃO () SIM CÓDIGO DO CARTÃO: _____
 E-MAIL: _____

NOME COMPLETO: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
 SEXO: _____ PARENTESCO: _____ ESTADO CIVIL: _____
 CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (SUS): _____ RG: _____ CPF: _____
 DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO (RECÉM-NASCIDO) (OPCIONAL): _____
 LOGRADOURO: _____ NÚMERO: _____ COMPLEMENTO: _____
 BAIRRO: _____ CEP: _____ CIDADE: _____ ESTADO: _____
 NOME DA MÃE: _____ CONTATOS: _____
 JÁ POSSUI OU POSSUIU PLANO UNIMED? () NÃO () SIM CÓDIGO DO CARTÃO: _____
 E-MAIL: _____

ASSINATURA E IDENTIFICAÇÃO DO RESPONSÁVEL NA EMPRESA	CARIMBO OU CNPJ DA EMPRESA	DATA DE RECEBIMENTO DA UNIMED CAMPO GRANDE
--	----------------------------	--

OBSERVAÇÕES: _____

É NECESSÁRIO PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS - PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTES DE TITULARES JÁ INCLUÍDOS, PREENCHER NO CAMPO DE DADOS DO TITULAR O NOME COMPLETO E CÓDIGO DE SEU CARTÃO. NO CAMPO DE ENDEREÇO DOS DEPENDENTES, PREENCHER SOMENTE QUANDO FOR DIFERENTE DO TITULAR.



DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DO MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE - MPS

Declaro, neste ato assinado e datado abaixo, ter recebido da Unimed Campo Grande, anteriormente à assinatura deste termo de inclusão, o Manual de orientação para Contratação de Planos de Saúde -MPS, em atendimento aos arts. 24 e 25 da Resolução Normativa - RN nº 195 da ANS, de 14/07/2009, alterada pela Resolução Normativa - RN nº 200, de 13/08/2009 c/c art. 4º da Instrução Normativa nº 20/DIPRO, 30/09/2009.

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO DO GUIA DE LEITURA CONTRATUAL - GLC

Declaro, neste ato assinado e datado abaixo, ter recebido da Unimed Campo Grande, o Guia de Leitura Contratual - GLC em atendimento aos arts. 24 e 25 da Resolução Normativa - RN nº 195 da ANS, de 14/07/2009, alterada pela Resolução Normativa - RN nº 200, de 13/08/2009 c/c art. 5º da Instrução Normativa nº 20/DIPRO, 30/09/2009.

Campo Grande, _____ de _____ de _____.

Assinatura do Beneficiário Titular

Nome: _____

CPF: _____

Obs.: Esta declaração deverá ser assinada pelo Beneficiário Titular, conforme documento apresentado. Caso a inclusão seja apenas do dependente não é necessário a assinatura da Declaração.