

VIGÊNCIA - INÍCIO DE COBERTURA

- No vencimento (somente para inclusões solicitadas antes do fechamento da fatura - Caso a fatura já tenha sido processada, será considerada a fatura do mês subsequente).
- Imediata com a cobrança de pró rata.

DADOS CADASTRAIS

Código da Empresa		Nome da Empresa/ Associação				Número da Matrícula	
Plano	Sexo <input type="checkbox"/> 1 - Feminino 2 - Masculino	Estado Civil <input type="checkbox"/> 1 -Solteiro(a) 2 - Casado(a)	3 - Viúvo(a) 4 - Separado(a)	5 - Divorciado(a) 6 - Outros	Data admissão na Empresa		
DDD Telefone Residencial		Nome Completo do Funcionário (titular)					
Data de Nascimento		Endereço do Funcionário (Titular)					
						CEP:	
Cidade		UF	CPF			PIS	
Nome da mãe							

TIPO DE MOVIMENTAÇÃO

- 1 - Plano de saúde 2 - Medicina ocupacional 3 - Plano odontológico

INCLUSÃO

- 1 - Titular 2 - Dependentes 3 - Agregado 4 - Inclusão total

ALTERAÇÃO

- 1 - Nome 2 - Data de nascimento 3 - Plano 4 - 2ª via da carteira
- 5 - Estado Civil 6 - Acomodação 7 - Troca de Endereço 8 - Obstetrícia

PLANO ODONTOLÓGICO

- Inclusão 1 - Titular 2 - Dependentes 3 - Total
- Exclusão

COBERTURAS OPCIONAIS

- Assim Assistência - Atendimento Médico Domiciliar Sim Não Valor por beneficiário R\$ _____
- Plano Odontológico Sim Não Valor por beneficiário R\$ _____

CÓDIGOS DO PLANO

11 - Mass I	240 - Clássico	400 - Directo	650 - Essencial Niterói	950 - Ambulatorial
12 - Mass II	250 - Super 200	460 - Superior	800 - Super+ 200	980 - Ambulatorial ASSIM
13 - Mass III	270 - Super+ 250	490 - Exclusivo	850 - Mix Niterói	990 - Hospitalar ASSIM
14 - Mass IV	280 - Mix	550 - Super 50	860 - Essencial Niterói	
100 - Plenus	290 - Mix	590 - Top	870 - Exclusivo II	
150 - Super 100	300 - Super+ 300	600 - Super+ 100	880 - Exclusivo III	
230 - Primer	330 - Ideal	640 - Special	931 - Essencial Caxias	

MEDICINA OCUPACIONAL

Cargo	Sector	Fun. Especial	Documento nº		
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Cart. Identidade	<input type="checkbox"/> Cart. Trabalho	<input type="checkbox"/> CPF

Importante:

- Preencher os campos cargo, setor e função

- Após o nº correspondente à identificação do documento e o respectivo número, no campo nº do documento, é obrigatória a identificação do órgão emissor, no caso carteira de identidade.

CONTRATANTE

Nome do Responsável	Carimbo e Assinatura do Responsável	Controle do Cadastro

DADOS DOS DEPENDENTES
Dependente 01

Data de Nascimento

 Sexo 1 - Feminino 2 - Masculino | Estado Civil 1 - Solteiro(a) 2 - Casado(a) 3 - Viúvo(a) 4 - Separado(a) 5 - Divorciado(a) 6 - Outros | Grau Parentesco 1 - Pai/mãe 2 - Cônjuge 3 - Filho(a) 4 - Sogro 5 - Irmão(ã) 6 - Agregado 7 - Outros 8 - Dep. Econômico

Nome da mãe

Dependente 02

Data de Nascimento

 Sexo 1 - Feminino 2 - Masculino | Estado Civil 1 - Solteiro(a) 2 - Casado(a) 3 - Viúvo(a) 4 - Separado(a) 5 - Divorciado(a) 6 - Outros | Grau Parentesco 1 - Pai/mãe 2 - Cônjuge 3 - Filho(a) 4 - Sogro 5 - Irmão(ã) 6 - Agregado 7 - Outros 8 - Dep. Econômico

Nome da mãe

Dependente 03

Data de Nascimento

 Sexo 1 - Feminino 2 - Masculino | Estado Civil 1 - Solteiro(a) 2 - Casado(a) 3 - Viúvo(a) 4 - Separado(a) 5 - Divorciado(a) 6 - Outros | Grau Parentesco 1 - Pai/mãe 2 - Cônjuge 3 - Filho(a) 4 - Sogro 5 - Irmão(ã) 6 - Agregado 7 - Outros 8 - Dep. Econômico

Nome da mãe

Dependente 04

Data de Nascimento

 Sexo 1 - Feminino 2 - Masculino | Estado Civil 1 - Solteiro(a) 2 - Casado(a) 3 - Viúvo(a) 4 - Separado(a) 5 - Divorciado(a) 6 - Outros | Grau Parentesco 1 - Pai/mãe 2 - Cônjuge 3 - Filho(a) 4 - Sogro 5 - Irmão(ã) 6 - Agregado 7 - Outros 8 - Dep. Econômico

Nome da mãe

Dependente 05

Data de Nascimento

 Sexo 1 - Feminino 2 - Masculino | Estado Civil 1 - Solteiro(a) 2 - Casado(a) 3 - Viúvo(a) 4 - Separado(a) 5 - Divorciado(a) 6 - Outros | Grau Parentesco 1 - Pai/mãe 2 - Cônjuge 3 - Filho(a) 4 - Sogro 5 - Irmão(ã) 6 - Agregado 7 - Outros 8 - Dep. Econômico

Nome da mãe

Dependente 06

 Sexo 1 - Feminino 2 - Masculino | Estado Civil 1 - Solteiro(a) 2 - Casado(a) 3 - Viúvo(a) 4 - Separado(a) 5 - Divorciado(a) 6 - Outros | Grau Parentesco 1 - Pai/mãe 2 - Cônjuge 3 - Filho(a) 4 - Sogro 5 - Irmão(ã) 6 - Agregado 7 - Outros 8 - Dep. Econômico

Nome da mãe

ATRIBUTOS DO PRODUTO

Coparticipação	Acomodação	Obstetria
<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Quarto	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Tenho ciência de que será de responsabilidade da Contratante entregar ao beneficiário titular o Manual de Orientação de Planos de Saúde (MPS) e o Guia de Leitura Contratual será enviado nos kit dos beneficiários, junto com as carteiras de identificação do plano.

CONTRATANTE

Nome do Responsável | Carimbo e Assinatura do Responsável | Controle do Cadastro