



# FICHA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL

CNPJ 37.313.475/0001-48

Tel 63-3025-5800

Central de vendas 63-3215-4090

ANS 30990-7

<b>TIPO DE MOVIMENTAÇÃO</b>		( ) EXCLUSÃO TITULAR + DEPENDENTES	
( ) INSCRIÇÃO ( ) INCLUSÃO DEP ( ) ALTERAÇÃO		( ) EXCLUSÃO DE DEPENDENTE(S)	
INÍCIO DE COBERTURA A PARTIR DE:		CANCELAMENTO COM EXCLUSÃO A PARTIR DE:	

## DADOS DA CONTRATAÇÃO

CODIGO EMPRESA 222	COPARTICIPAÇÃO	ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA:	TIPO DE ACOMODAÇÃO:
RAZÃO SOCIAL:			CNPJ
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 - Viúvo (A) D - Divorciado(A) Judicialmente	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/ Sogro 53 - p/ Sogra	60 a 69 Outros 70 a 74 Filhos Adotivos
NOME								DATA NASCIMENTO	
SEXO	E/C	CPF	ENDEREÇO RESIDENCIAL					CEP	
CIDADE			UF	TEL.	RG	ORGÃO EXP.			
NATURALIDADE			E-MAIL			VLR MENS. R\$			
NOME MÃE:						CART.SUS			

### CARÊNCIA DO TITULAR (Especificação Em Dias)

URGÊNCIAS/ EMERGÊNCIAS:	CONSULTAS/ EXAMES BÁSICOS:	PROCEDIMENTOS / EXAMES ESPECIAIS:	INTERNAÇÕES: ASSIST. PARTO:	DOENÇAS PREEXISTENTES:
----------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	---------------------------

### DADO(S) DOS DEPENDENTE(S)

Nome do Dependente 1	Cód.	Sexo	Data de Nasc.	E/C	Valor da Mensalidade
NOME DEPENDENTE: 1					R\$
CARTÃO SUS:	NATURALIDADE		RG	CPF	
TEL	E-MAIL		NOME DA MÃE:		

### CARÊNCIA DO DEPENDENTE 1 (Especificação Em Dias)

URGÊNCIAS/ EMERGÊNCIAS:	CONSULTAS/ EXAMES BÁSICOS:	PROCEDIMENTOS / EXAMES ESPECIAIS:	INTERNAÇÕES: ASSIST. PARTO:	DOENÇAS PREEXISTENTES:
----------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	---------------------------

Nome do Dependente 2	Cód.	Sexo	Data de Nasc.	E/C	Valor da Mensalidade
NOME DEPENDENTE 2					R\$
CARTÃO SUS	NATURALIDADE		RG	CPF	
TEL	E-MAIL		NOME DA MAE		

### CARÊNCIA DO DEPENDENTE 2 (Especificação Em Dias)

URGÊNCIAS/ EMERGÊNCIAS:	CONSULTAS/ EXAMES BÁSICOS:	PROCEDIMENTOS / EXAMES ESPECIAIS:	INTERNAÇÕES: ASSIST. PARTO:	DOENÇAS PREEXISTENTES:
----------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	---------------------------

Nome do Dependente 3	Cód.	Sexo	Data de Nasc.	E/C	Valor da Mensalidade
NOME DEPENDENTE 3					R\$
CARTÃO SUS	NATURALIDADE		RG	CPF	
TEL	E-MAIL		NOME DA MÃE		

### CARÊNCIA DO DEPENDENTE 3 (Especificação Em Dias)

URGÊNCIAS/ EMERGÊNCIAS:	CONSULTAS/ EXAMES BÁSICOS:	PROCEDIMENTOS / EXAMES ESPECIAIS:	INTERNAÇÕES: ASSIST. PARTO:	DOENÇAS PREEXISTENTES:
----------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	---------------------------

Nome do Dependente 4	Cód.	Sexo	Data de Nasc.	E/C	Valor da Mensalidade
NOME DO DEPENDENTE 4					R\$
CARTÃO SUS	NATURALIDADE		RG	CPF	
TEL	E-MAIL		NOME DA MÃE		

### CARÊNCIA DO DEPENDENTE 4 (Especificação Em Dias)

URGÊNCIAS/ EMERGÊNCIAS:	CONSULTAS/ EXAMES BÁSICOS:	PROCEDIMENTOS / EXAMES ESPECIAIS:	INTERNAÇÕES: ASSIST. PARTO:	DOENÇAS PREEXISTENTES:
----------------------------	-------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------	---------------------------



**ANS 30990-7**

## **FICHA DE MOVIMENTAÇÃO CADASTRAL**

**CNPJ 37.313.475/0001-48**

**Tel 63-3025-5800**

**Central de vendas 63-3215-4090**

### **DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO TITULAR**

**Declaro para os devidos fins de direito que fui devidamente informado pela Contratante Responsável a qual estou vinculado diretamente por meio de quem aderi ao plano de saúde Unimed Palmas, dos meus direito e deveres e que preenchi este termo de adesão sob orientação adequada.**

Recebi

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CENTRAL DE VENDAS**

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Beneficiário Titular

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Contratante responsável