



Nome da Empresa					CNPJ	
** Plano Contratado (Ver legenda)					Tipo Contratação	
					<input type="checkbox"/> INCLUSÃO TITULAR ( ) INCLUSÃO DEPENDENTE <input type="checkbox"/> *** TRANSFERENCIA DE PLANO - Nº da carteira anterior:	
Nome do Beneficiário / Titular					CPF	
Data de Nascimento		RG	Sexo(F/M)	Estado Civil		Cartão Nacional de Saúde (CNS)
				<input type="checkbox"/> Casado ( ) Viúvo ( ) União Estável <input type="checkbox"/> Solteiro ( ) Divorciado / Separado		
Nome da Mãe					Data de Admissão	
Endereço Completo: Rua (R)/Avenida(Av)/Praça(Pca)/Alameda(AI)/Apartamento(AP)/Bloco(BI)/Quadra(Qd)/Edifício(Ed)						
BAIRRO:		CEP:		CIDADE/ESTADO:		
Dados dos Dependentes:	Nome			CPF	*Grau de Parentesco(Ver legenda)	Nome da Mãe
1						
2						
3						
4						
5						
LEGENDA						
*GRAU DE PARENTESCO		** PLANO CONTRATADO (Deverá ser informado o produto contratado pela sua empresa. A seleção de produtos não contratados cancela todo processo).				
01 – Titular		UNIMED CIDADE BÁSICO SEM PARTICIPAÇÃO		UNIVIDA BÁSICO COM PARTICIPAÇÃO		
02 – Cônjuge		UNIMED CIDADE ESPECIAL SEM PARTICIPAÇÃO		UNIVIDA ESPECIAL COM PARTICIPAÇÃO		
03 – Companheiro		UNIMED CIDADE BÁSICO COM PARTICIPAÇÃO		UNIVIDA ESSENCIAL COM PARTICIPAÇÃO		
05 – Filho até 20 anos		UNIMED CIDADE ESPECIAL COM PARTICIPAÇÃO		UNIVIDA CONFORTO COM PARTICIPAÇÃO		
12 - Enteado até 20 anos		CIDADE ESSENCIAL COM PARTICIPAÇÃO		UNIVIDA ESPECIAL SEM PARTICIPAÇÃO		
13 - Filho de 21 à 24 anos		UNIFÁCIL BÁSICO SEM PARTICIPAÇÃO		UNIVIDA BÁSICO SEM PARTICIPAÇÃO		
14 - Enteado de 21 à 24 anos		UNIFÁCIL BÁSICO COM PARTICIPAÇÃO				
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA						
<b>Titular</b> Carteira de trabalho, último contracheque ou ficha de empregado; CPF, RG, Comprovante de Residência e Cartão Nacional de Saúde (CNS); <b>Dependentes:</b> Cônjuge: RG, CPF, Certidão de Casamento e Cartão Nacional de Saúde (CNS); Companheiro: RG, CPF, Declaração de Comunhão Estável Fé Pública ou Particular autenticada e Cartão Nacional de Saúde (CNS); Filhos e/ou enteados: Certidão de Nascimento (até 17 anos) ou RG, CPF, Cartão Nacional de Saúde (CNS). No caso de enteados, apresentar documento que comprove vínculo com o titular.				<b>ATENÇÃO!</b> No preenchimento dos formulários pertinentes ao processo NÃO poderá haver rasuras nas informações prestadas.  O nome do beneficiário deverá ser idêntico ao do Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) na Receita Federal do Brasil (RFB). Havendo divergência o nome será cadastrado conforme o descrito na RFB.  <b>CASO O BENEFICIÁRIO NECESSITE DE UMA CÓPIA DO CONTRATO, DEVERÁ SOLICITÁ-LA À EMPRESA/PJ CONTRATANTE.</b>		
<b>*** INFORMAÇÕES DE CANCELAMENTO DO PLANO ANTERIOR DA UNIMED SERGIPE</b> A inclusão neste contrato não cancela plano anterior em que o beneficiário esteja inscrito bem como não isenta o pagamento de boletos gerados ou vencidos em função do não cancelamento. Esclarecemos ainda, que a inadimplência poderá acarretar no cadastro do contratante junto aos órgãos de proteção ao crédito, sem prejuízo à cobrança judicial do débito.						
Assinatura do Beneficiário / Titular _____				(Assinatura deve ser igual à do documento de identificação apresentado)		
Cidade/UF _____		Data _____		Recebido em _____		Processado em _____
Assinatura da Empresa Contratante _____				Assinatura Unimed Sergipe _____		Setor de Cadastro _____
CÓDIGO	VENDEDOR/CORRETORA			Código: FM-COM-027 Revisão: 13 Data de Aprovação: 19/11/2021		ANS - nº 33766-8