



☐ Pessoa Física
☐ Pessoa Jurídica

FIC - Formulário de Inscrição Cadastral

Nº Proposta de Adesão

CPF | CNPJ:

Cód. Empresa:

Nome | Razão Social:

Inclusão

☐ Titular

☐ Dependente

Data Admissão:

PLANOS E ACOMODAÇÃO

☐ Sem Coparticipação

☐ Com Coparticipação

MUNICIPAL

- ☐ Fácil - Quarto Coletivo
☐ Pleno - Quarto Coletivo
☐ Pleno - Quarto Individual
☐ Unimed Mais - Quarto Coletivo
☐ Equilíbrio - Quarto Coletivo
☐ Equilíbrio - Quarto Individual
☐ Udiplan - Quarto Coletivo
☐ Udiplan - Quarto Individual

ESTADUAL

- ☐ Essencial - Quarto Coletivo
☐ Essencial - Quarto Individual
☐ Pontual - Quarto Coletivo
☐ Pontual - Quarto Individual

NACIONAL

- ☐ Uniplan - Quarto Coletivo
☐ Uniplan - Quarto Individual

MATRÍCULA

TITULAR

Nome completo do Titular: _____ Data Nasc.: _____ Sexo: _____

Est. Civil: _____ Nome Completo da Mãe: _____ Nacionalidade: _____

UF Naturalidade: _____ Cidade Naturalidade: _____ | ENDEREÇO CEP: _____ Cidade: _____

UF: _____ Logradouro: _____ Número: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Fone: _____ Celular: _____ e-mail: _____

DOCUMENTOS CPF: _____ RG: _____ Órgão Emissor RG: _____ Data Emissão RG: _____

Declaração de Nascido Vivo: _____ Cartão Nacional de Saúde (CNS): _____

DADOS DOS DEPENDENTES / AGREGADOS - (OBRIGATÓRIO NOME COMPLETO E CPF PARA MAIORES DE 16 ANOS)

1 Nome comp. do Dependente: _____ Est. Civil: _____
CPF: _____ RG: _____ Órgão Exp.: _____ Cartão Nac. de Saúde (CNS): _____
Celular Dependente: _____ Data Nasc.: _____ Sexo: _____ Parentesco: _____
Nome Completo Mãe Dependente: _____

2 Nome comp. do Dependente: _____ Est. Civil: _____
CPF: _____ RG: _____ Órgão Exp.: _____ Cartão Nac. de Saúde (CNS): _____
Celular Dependente: _____ Data Nasc.: _____ Sexo: _____ Parentesco: _____
Nome Completo Mãe Dependente: _____

3 Nome comp. do Dependente: _____ Est. Civil: _____
CPF: _____ RG: _____ Órgão Exp.: _____ Cartão Nac. de Saúde (CNS): _____
Celular Dependente: _____ Data Nasc.: _____ Sexo: _____ Parentesco: _____
Nome Completo Mãe Dependente: _____

4 Nome comp. do Dependente: _____ Est. Civil: _____
CPF: _____ RG: _____ Órgão Exp.: _____ Cartão Nac. de Saúde (CNS): _____
Celular Dependente: _____ Data Nasc.: _____ Sexo: _____ Parentesco: _____
Nome Completo Mãe Dependente: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL - (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO)

CEP: _____ End Residencial: _____ Nº: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

LEGENDA

1 - Estado Civil
(1) Solteiro (2) Casado (3) Companheiro (4) Separado / Divorciado (5) Viúvo

2 - Parentesco
(1) Cônjuge (2) Companheiro(a) (3) Filhos (4) Filho agregado (maior)

PRINCIPAIS CONDIÇÕES DA ADESÃO (LEIA ATENTAMENTE)

- Ao preencher e assinar o Formulário de Inscrição Cadastral, recebi todas as informações sobre meus direitos e obrigações inerentes ao plano de assistência à saúde contratado, em meu benefício e de meus dependentes.
- Tenho ciência e estou de acordo com os prazos de carências estabelecidos no momento da contratação, não tendo nenhuma dúvida quanto à sua aplicação.
- Tenho ciência e estou de acordo que eventuais reduções ou isenções dos prazos de carência, ocorridas em função de plano anterior, poderão ser aplicadas a todas ou apenas parte das coberturas contratadas, a toda família ou alguns dependentes, e que em nenhuma hipótese alterar as demais cláusulas contratuais.
- É obrigatório informar o CPF para todos os dependentes, menor ou maior de idade.
- Fica a empresa, identificada anteriormente, investida por mim de plenos poderes de representação perante a operadora.

Local e Data:

Assinatura Titular ou Representante Legal: