PORTO ALEGRE CLÍNICAS PLANOS DE SAÚDE

CADASTRO DE BENEFICIÁRIO
PESSOA JURÍDICA

- ☐ Ambulatorial
- ☐ Hospitalar
- ☐ Odontológico

- ☐ INCLUSÃO
- ☐ INCLUSÃO SOMENTE DE DEPENDENTE
- ☐ ALTERAÇÃO DE PLANO

ANS 34687-0

Nome da Empresa.....

Nome do Titular.....

Data de Nasc...../...../..... Data da Admissão .....

CPF .....PIS .....Estado Civil .....

Fone ( ).....Celular ( ).....

E-mail.....Cartão SUS.....

Nome da Mãe.....Tipo de Plano.....

Endereço.....

Bairro.....Cidade.....Estado.....CEP.....

Benef. / Dependente.....

Nasc...../...../..... Sexo M F Parentesco.....CPF .....

Nome da Mãe.....Cartão SUS.....

Benef. / Dependente.....

Nasc...../...../..... Sexo M F Parentesco.....CPF .....

Nome da Mãe.....Cartão SUS.....

Benef. / Dependente.....

Nasc...../...../..... Sexo M F Parentesco.....CPF .....

Nome da Mãe.....Cartão SUS.....

Benef. / Dependente.....

Nasc...../...../..... Sexo M F Parentesco.....CPF .....

Nome da Mãe.....Cartão SUS.....

Benef. / Dependente.....

Nasc...../...../..... Sexo M F Parentesco.....CPF .....

Nome da Mãe.....Cartão SUS.....

☐ Declaro sob pena da Lei que o titular é funcionário / associado / cooperado da contratante podendo a qualquer momento comprovar essa condição, conforme as regras do Art. 5º e 9º da RN 195 sob pena de rescisão contratual. **Atenção:** é obrigatório o preenchimento de todos os campos.

Data...../...../.....

.....

Assinatura do Representante da Empresa