

Nome do contratante: \_\_\_\_\_  
 Categoria do Plano: \_\_\_\_\_ Código do contrato: \_\_\_\_\_  
**Transferência Filiais (Código empresa ou Centro Custo):**  
 De - \_\_\_\_\_ Para - \_\_\_\_\_  
**Transferência Planos:**  
 De - \_\_\_\_\_ Para - \_\_\_\_\_

Tipo de Movimentação Cadastral		
0 - Inclusão de Titular	4 - Alteração de Endereço	8 - Exclusão de Titular (+Família)
1 - Inclusão de Dependente	5 - Alteração de Plano	9 - Exclusão de Dependente/outros
2 - Alteração Dados Cadastrais	6 - Alteração Filial/Centro Custo	10 - Inclusão Produto Opcional
3 - Alteração de Local Atendimento	7 - 2º via do Cartão	11 - Exclusão Produto Opcional

Legenda de Preenchimento		
Estado Civil	Parentesco	Sexo
C - Casado S - Solteiro O - Outros	01 - Esposa 02 - Companheiro(a) 09 - Esposo 10 - Filho 30 - Filha 99 - Outros	M - Masculino F - Feminino

Tipo de Vínculo				
2 - CLT	3 - Sócio	4 - Estagiário	5 - Jovem Aprendiz	

**TITULAR:**

Tipo de Movimentação: \_\_\_\_ Código do cartão: \_\_\_\_\_ Tipo de Vínculo: \_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ Data de Admissão: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Nome (sem abreviação): \_\_\_\_\_  
 Declaração de nascido vivo nº : \_\_\_\_\_ Cartão do SUS nº: \_\_\_\_\_  
 Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Orgão emissor: \_\_\_\_\_ - RNE: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ PIS: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_  
 Data do casamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Centro de Custo: \_\_\_\_\_ Matrícula: \_\_\_\_\_ Local de Atendimento: \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe (sem abreviação): \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
 Logradouro: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Compl: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_ Telefone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**DEPENDENTE:**

Tipo de Movimentação: \_\_\_\_ Código do cartão: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 Declaração de nascido vivo nº : \_\_\_\_\_ Cartão do SUS nº: \_\_\_\_\_  
 Nome (sem abreviação): \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Orgão emissor: \_\_\_\_\_ - RNE: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_ Data do casamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Centro de Custo: \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe (sem abreviação): \_\_\_\_\_  
 Local de Atendimento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Logradouro: \_\_\_\_\_  
 Nº: \_\_\_\_\_ Compl: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_ Telefone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**DEPENDENTE:**

Tipo de Movimentação: \_\_\_\_ Código do cartão: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 Declaração de nascido vivo nº : \_\_\_\_\_ Cartão do SUS nº: \_\_\_\_\_  
 Nome (sem abreviação): \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Orgão emissor: \_\_\_\_\_ - RNE: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_ Parentesco: \_\_\_\_ Data do casamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Centro de Custo: \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe (sem abreviação): \_\_\_\_\_  
 Local de Atendimento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Logradouro: \_\_\_\_\_  
 Nº: \_\_\_\_\_ Compl: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_ Telefone: ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**DEPENDENTE:**

Tipo de Movimentação: \_\_\_\_ Código do cartão: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
 Declaração de nascido vivo nº : \_\_\_\_\_ Cartão do SUS nº: \_\_\_\_\_  
 Nome (sem abreviação): \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Órgão emissor: \_\_\_\_\_ - RNE: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Estado Civil:\_\_\_\_ Parentesco:\_\_\_\_ Data do casamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Centro de Custo: \_\_\_\_\_  
 Nome da mãe (sem abreviação): \_\_\_\_\_  
 Local de Atendimento: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Logradouro: \_\_\_\_\_  
 Nº: \_\_\_\_\_ Compl: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
 Cidade: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_ Telefone: ( \_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**2 - CARÊNCIA**

Em se tratando de migração de outra operadora, informar os dados abaixo e anexar contrato, carteira do plano e último recibo de Pagamento.

Aproveitamento/redução de carência sujeito à aprovação a critério da UNIMED PAULISTANA.

Empresa:

Plano:

Início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Fim: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Para uso da UNIMED PAULISTANA**

Tempo do Plano: \_\_\_\_\_ meses

Item Tabela de Redução

**3 - PLANO REFERÊNCIA**

De acordo com a Lei Nº 9.656, artigo 12, § 2º, que institui a disponibilidade pela operadora do Plano Referência, declaro que tenho conhecimento do Plano Referência, que me foi oferecido pela **UNIMED PAULISTANA**, com registro na ANS sob o nº 455.240/06-7, e que após os esclarecimentos sobre o referido plano, optei pela contratação dos planos assinalados na Ficha de Adesão PME.

**4 - PAGAMENTOS**

Valor total das Mensalidades

R\$

Desconto Promocional\* (-)

R\$

Desconto Coparticipação (-)

R\$

Assistência Internacional (+)

R\$

EMD - Emergência Médica Domiciliar (+)

R\$

Taxa de Inscrição (+)

R\$

Valor total pago

R\$

Valor total pago (por extenso)

\_\_\_\_\_

\*Desconto válido apenas para os planos sem coparticipação

Local e data

\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pela empresa e carimbo

\_\_\_\_\_

Assinatura do titular ou responsável pelo menor