Nº do Cartão:

Competência:

CONTRATO Nº	EMPRESA:	ATUALIZAÇÃO DO CADASTRO DE USUÁRIOS **PESSOA JURÍDICA**	Unimed Joinville Registro ANS nº: 321273

DADOS DO TITULAR

TIPO	MATRÍCULA SEQUÊNCIA	NOME DO TITULAR (CONFORME RECEITA FEDERAL)	PLANO	Básico	Especial	DATA DE NASCIMENTO	Estado Civil	SEXO	Parentesco	NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIAÇÕES)
I										

ENDEREÇO RESIDENCIAL				Nº		COMPL.			BAIRRO		
CIDADE		ESTADO		CEP		TELEFONE RESIDENCIAL		CELULAR		CARTÃO NAC. SAÚDE	
CPF		RG		ORG. E EST. EMISS. RG		DATA EMISS. RG		PIS		DATA ADMISSÃO NA EMPRESA	

DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)

TIPO	NOME DO(S) DEPENDENTE(S)	PLANO	Básico	Especial	DATA DE NASCIMENTO	Estado Civil	SEXO	Parentesco	NOME DA MÃE (COMPLETO E SEM ABREVIAÇÕES)
I									

CPF		RG		ORG. E EST. EMISS. RG		DATA EMISS. RG		CARTÃO NAC. SAÚDE		DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO	
I											
CPF		RG		ORG. E EST. EMISS. RG		DATA EMISS. RG		CARTÃO NAC. SAÚDE		DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO	
I											
CPF		RG		ORG. E EST. EMISS. RG		DATA EMISS. RG		CARTÃO NAC. SAÚDE		DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO	
I											
CPF		RG		ORG. E EST. EMISS. RG		DATA EMISS. RG		CARTÃO NAC. SAÚDE		DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO	
I											
CPF		RG		ORG. E EST. EMISS. RG		DATA EMISS. RG		CARTÃO NAC. SAÚDE		DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO	

DECLARAÇÃO: Declaro, para os devidos fins de direito, especialmente em face das disposições da Lei 9656/98 e RN 195/09 que: **recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde.**

OBS: Conforme IN/DIPRO Nº20/09 da ANS:

1: Art. 5º O Guia de Leitura Contratual será disponibilizado com o cartão de identificação do beneficiário titular. (Manual do beneficiário dinponível no site WWW.UNIMED.COOP.BR/JOINVILLE)

2: Art. 6º. Sempre que demandada pelo beneficiário titular, a pessoa jurídica contratante deverá disponibilizar cópia do instrumento contratual contemplando, no mínimo, os temas referenciados no GLC.

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO	TIPO **I** - Inclusão **T** - Transferência Plano **A** - Alteração **2** - 2ª via de cartão	PLANO **Básico** **Especial**	ESTADO CIVIL **S** - Solteiro (a) **C** - Casado (a) **O** - Outros	GRAU DE PARENTESCO Incapaz **N** - Enteado(a) **NI** - Enteado(a) Incapaz **C** - Companheiro (a) **O** - Outros	DECLARAÇÃO NASCIDO VIVO (Somente para recém-nascidos a partir de 2010)
Data do Preenchimento	**Assinatura do Titular**	**Assinatura e Carimbo da Empresa**		**Data do Recebimento** **Data da Vigência**	**Assinatura Unimed**

POSSUI PLANO ANTERIOR (Preenchimento Operadora):

◯ **SIM** ◯ **NÃO**