



TERMO DE ADESÃO

Dependente

ANS - nº 33737-4

Nº

Nome do Beneficiário (Titular)

Valor do Plano do Titular R\$

Nome da Mãe do Beneficiário

Nome do Pai do Beneficiário

Nome do Responsável (Se o beneficiário for menor de idade)

Ocupação

Data de Nascimento

____/____/____

Sexo

1 - Fem.
2 - Masc.

EC

1 - Solteiro 3 - Viúvo
2 - Casado 4 - Sep.

Endereço de Residencial

Complemento

Bairro

Cidade

UF

CEP

____-____

Telefone

____-____

CPF

____-____

RG

____-____

Órgão Expedidor

____-____

UF

Data de Expedição

____/____/____

PIS/PASEP

Nome da Empresa (se for Plano Empresarial)

Nº. Do Cartão Nacional de Saúde - CNS

Nacionalidade

Nome do Contrato: _____

Nº de Registro na ANS

____-____

Segmentação Contratual

☐ Individual

☐ Familiar

Coletivo Empresarial

☐ Com menos de 50 usuários

☐ Com 50 ou mais usuários

Coletivo por Adesão

☐ Com menos de 50 usuários

☐ Com 50 ou mais usuários

Patrocínio

☐ Com Patrocínio

☐ Sem Patrocínio

Acomodação:

☐

Apartamento

☐

Enfermaria

Plano:

☐

NACIONAL

☐

ESTADUAL

☐

UNIFÁCIL

☐

UNIPLUS - Atendimento nos municípios

Porto Velho, Guajará-Mirim e Candeias do Jamari. Atendimento em território nacional somente para urgência ou emergência quando o usuário estiver em trânsito.