FORMULÁRIO DE INCLUSÃO DO PLANO DE SÁUDE SABIN SINAI
COLETIVO EMPRESARIAL

Dados do Sabin Sinai:											
Sabin Sinai - Vita Assistência à Saúde, Operadora de planos privados de assistência à saúde situada a Rua Santa Rita, 443 – Centro – Juiz de Fora/MG ,CEP 36.010-071, registrada na Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS sob o nº 414905											
Dados do Contrante:											
Razão Social:									**CNPJ:**		
Dados do Titular:											
Nome:								**CPF**			
Tipo de Inclusão:		Titular		Dependentes		Ambos			**Data da Admissão:**		
Plano a ser incluído (Consultar junto ao Sabin Sinai os planos disponíveis para este contrato):											
	Ambulatorial		Amb + Hosp com Obst - Apartamento			Amb + Hosp com Obst - Enfermaria					
Beneficiários a serem incluídos (Os itens com * são de preenchimento obrigatório):											
Titular:*											
Naturalidade:*				Estado Civil:*					Nascimento:*		
Sexo:*		Nacionalidade:*							Telefone:		
Celular:*		CPF:*				PIS:*					
RG:*		Emissão:*		UF:*					Orgão Emissor:*		
País Emissor:*				Matrícula:					CNS:*		
Mãe:*											
Pai:											
CEP:*		Endereço:*									
Nº:*		Complemento:							Bairro:*		
Cidade:*						Estado:*					
E-mail:*											
Dependente 1:*											
Naturalidade:*				Estado Civil:*					Nascimento:*		
Sexo:*		Nacionalidade:*							Telefone:		
Celular:*		CPF:*				PIS:					
RG:*		Emissão:*		UF:*					Orgão Emissor:*		
País Emissor:*				Matrícula:					CNS:*		
Mãe:*											
Declaração de Nascido Vivo(*A partir de 2010*):*						Grau de Parentesco:*					
Dependente 2:*											
Naturalidade:*				Estado Civil:*					Nascimento:*		
Sexo:*		Nacionalidade:*							Telefone:		
Celular:*		CPF:*				PIS:					
RG:*		Emissão:*		UF:*					Orgão Emissor:*		
País Emissor:*				Matrícula:					CNS:*		
Mãe:*											
Declaração de Nascido Vivo(*A partir de 2010*):*						Grau de Parentesco:*					
Dependente 3:*											
Naturalidade:*				Estado Civil:*					Nascimento:*		
Sexo:*		Nacionalidade:*							Telefone:		
Celular:*		CPF:*				PIS:					
RG:*		Emissão:*		UF:*					Orgão Emissor:*		
País Emissor:*				Matrícula:					CNS:*		
Mãe:*											
Declaração de Nascido Vivo(*A partir de 2010*):*						Grau de Parentesco:*					

Dependente 4:*								
Naturalidade:*				Estado Civil:*		Nascimento:*		
Sexo:*		Nacionalidade:*				Telefone:		
Celular:*			CPF:*			PIS:		
RG:*		Emissão:*		UF:*		Orgão Emissor:*		
País Emissor:*				Matrícula:		CNS:*		
Mãe:*								
Declaração de Nascido Vivo(*A partir de 2010*):*						Grau de Parentesco:*		

Dependente 5:*								
Naturalidade:*				Estado Civil:*		Nascimento:*		
Sexo:*		Nacionalidade:*				Telefone:		
Celular:*			CPF:*			PIS:		
RG:*		Emissão:*		UF:*		Orgão Emissor:*		
País Emissor:*				Matrícula:		CNS:*		
Mãe:*								
Declaração de Nascido Vivo(*A partir de 2010*):*						Grau de Parentesco:*		

Dependente 6:*								
Naturalidade:*				Estado Civil:*		Nascimento:*		
Sexo:*		Nacionalidade:*				Telefone:		
Celular:*			CPF:*			PIS:		
RG:*		Emissão:*		UF:*		Orgão Emissor:*		
País Emissor:*				Matrícula:		CNS:*		
Mãe:*								
Declaração de Nascido Vivo(*A partir de 2010*):*						Grau de Parentesco:*		

Declaração de ciência:

Autorizo a inclusão, minha e de meu(s)dependente(s) acima identificados no contrato de Assistência Médica Hospitalar solicitada ao Sabin Sinai – Vita Assistência à Saúde Ltda pelo meu empregador, a quem concedo o direito de agir em meu nome e de meus dependentes no cumprimento ou alteração das cláusulas do contrato, devendo todas as comunicações inerentes ao contrato ser encaminhadas diretamente ao contratante, que fica investido de poderes de representação. Declaro ter conhecimento do Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS). Tenho ciência que, a inclusão minha e de meus dependentes fica condicionada as regras e prazos contratuais já estabelecidas entre Contratada e Contrante, e aos envios de todas informações solicitadas neste formulário, juntamente com os devidos documentos.

_____ Local e data: _____

Assinatura do titular

____/____/____ _____

Data de recebimento pela Operadora

Responsável pelo recebimento