**FORMULÁRIO DE INCLUSÃO DO PLANO DE SÁUDE SABIN SINAI COLETIVO EMPRESARIAL**

| | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Dados do Sabin Sinai:** | | | | | | | | | | | |
| VITA SAÚDE - Vita Assistência à Saúde, Operadora de planos privados de assistência à saúde 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:* | | MG | | Orgão Emissor:* | | | |
| País Emissor:* | | BRASIL | | 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:* | | | |
| **Declaração de ciência:** | | | | | | | | | | | |
| Autorizo a inclusão, minha e de meu(s)dependente(s) acima identificados no contrato de Assistência Médica Hospitalar solicitada ao Vita Saúde – 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