

| | | |
|---|---------|---------------|
| Estipulante PREVQUALI ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS | Lotação | Número Cartão |
| Sub-estipulante SINAIT - Sindicato Nacional dos Auditores Fiscais do Trabalho | | |

1 - Proponente Titular:

Nome _____

Data de Nasc. ____/____/____ Sexo _____ Estado Civil _____

CPF _____ RG _____ Orgão Exp. _____

Matrícula Servidor _____ CNS* _____

Endereço Residencial _____ Bairro _____

Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Telefone _____ Celular _____ E-mail _____

Nome da Mãe do Titular _____ Dt. Nasc. da Mãe _____

2 - Dependentes:

(Descrever os dependentes que estão inscrito no Plano atual)

1) Nome _____ Dt de Nasc. ____/____/____

Sexo _____ E.C. _____ Par. _____ RG _____ Órg.Exp. _____

CPF _____ DNV* _____ CNS* _____

Nome da Mãe _____ Dt. de Nac. da Mãe ____/____/____

2) Nome _____ Dt de Nasc. ____/____/____

Sexo _____ E.C. _____ Par. _____ RG _____ Órg.Exp. _____

CPF _____ DNV* _____ CNS* _____

Nome da Mãe _____ Dt. de Nac. da Mãe ____/____/____

3) Nome _____ Dt de Nasc. ____/____/____

Sexo _____ E.C. _____ Par. _____ RG _____ Órg.Exp. _____

CPF _____ DNV* _____ CNS* _____

Nome da Mãe _____ Dt. de Nac. da Mãe ____/____/____

4) Nome _____ Dt de Nasc. ____/____/____

Sexo _____ E.C. _____ Par. _____ RG _____ Órg.Exp. _____

CPF _____ DNV* _____ CNS* _____

Nome da Mãe _____ Dt. de Nac. da Mãe ____/____/____

5) Nome _____ Dt de Nasc. ____/____/____

Sexo _____ E.C. _____ Par. _____ RG _____ Órg.Exp. _____

CPF _____ DNV* _____ CNS* _____

Nome da Mãe _____ Dt. de Nac. da Mãe ____/____/____

*DNV é a Declaração de Nascido Vivo é o número da Certidão de Nascimento, informação obrigatória para nascidos a partir de jan/2010.
CNS é a Carteira Nacional de Saúde. Estas são exigências da Agência Nacional de Saúde através da RN N.º 250/11.

Legenda E.C. (Estado Civil): **1.** Solteiro(a), **2.** Casado(a), **3.** Viúvo(a), **4.** Divorciado(a), **5.** Separado(a) Judicialmente, **6.** Outros
Legenda Par. (Parentesco): **1.** Conjuge/ Companheiro(a), **2.** Filho(a), **3.** Agregado(a)

3 - Dados do Plano de Saúde:

(Assinalar com X o plano que está inscrito atualmente)

| | Produto | Acomodações | Abrangência | Registro ANS |
|--|-------------------------|--------------------|--------------------|---------------------|
| | Uniplan Adesão Básica | Enfermaria | Nacional | 461.838/10-6 |
| | Uniplan Adesão Especial | Apartamento | Nacional | 461.839/10-4 |

4 - Demonstrativo de contribuição Mensal

Descrever os valores das mensalidades dos beneficiários inscritos no plano

| Contribuição do Titular: | Dependente 1: | Dependente 2: | Dependente 3: | Dependente 4: | Dependente 5: | Valor Total: |
|--------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|--------------|
| | | | | | | |

5 - Autorização de Débito em Conta Corrente

Autorizo o banco indicado a efetuar em conta corrente, débitos mensais referentes ao plano contratado no valor descrito no item 4, em favor da PrevQuali Administradora de Benefícios. Declaro que a conta corrente informada abaixo é da minha titularidade, responsabilizando-me pela exatidão dos dados fornecidos. Ciente que qualquer alteração cadastral havida na conta corrente indicada deverá ser imediatamente comunicada a PrevQuali Administradora de Benefícios e que a falta de provisão de saldo em conta corrente autoriza, a emissão de boletos bancários para cobrança das mensalidades.

| Banco: | Agência: | Conta Corrente: |
|--------|----------|-----------------|
| | | |

Nome do Titular da Conta Corrente: _____

Local: _____, _____ / _____ / _____.

Assinatura do Proponente Titular

PrevQuali

ANS N. 41745-9

Unimed Fesp

ANS N. 31999-6