

**Unimed**

Vitória

**Termo de Adesão**

Assistência Médica Unimed / ANFIP.

Associação Nacional dos Auditores  
Fiscais da Receita Federal do Brasil

- Inclusão do titular     Inclusão de dependentes e/ou agregados     Transferência de acomodação     Exclusão do titular     Exclusão de dependentes e/ou agregados

**INFORMAÇÕES DO TITULAR**

Código Unimed Vitória:		Nome completo:			
Data de nascimento:	Sexo:	Estado civil:	CPF:	RG:	SIAPE:
Internado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Nome completo da mãe:				
Tipo de acomodação: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Rede diferenciada			Local de atendimento:		U.F.:

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO TITULAR**

Endereço residencial:		Nº.:	Complemento:	Bairro:
Cidade:		U.F.:	CEP:	Caixa postal:
Telefone residencial:	Telefone celular:	Fax:	E-mail:	
Endereço para correspondência / cobrança:		Nº.:	Complemento:	Bairro:
Cidade:		U.F.:	CEP:	Caixa postal:

**INFORMAÇÕES DOS DEPENDENTES / AGREGADOS**

<input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Agregado	Nome completo:	Data de nascimento:	Sexo:	Estado civil:	Parentesco:
RG:	CPF:	Nome completo da mãe:		Internado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Local de atendimento:		U.F.:	Tipo de acomodação: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Rede diferenciada		

  

<input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Agregado	Nome completo:	Data de nascimento:	Sexo:	Estado civil:	Parentesco:
RG:	CPF:	Nome completo da mãe:		Internado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Local de atendimento:		U.F.:	Tipo de acomodação: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Rede diferenciada		

  

<input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Agregado	Nome completo:	Data de nascimento:	Sexo:	Estado civil:	Parentesco:
RG:	CPF:	Nome completo da mãe:		Internado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Local de atendimento:		U.F.:	Tipo de acomodação: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Rede diferenciada		

  

<input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Agregado	Nome completo:	Data de nascimento:	Sexo:	Estado civil:	Parentesco:
RG:	CPF:	Nome completo da mãe:		Internado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Local de atendimento:		U.F.:	Tipo de acomodação: <input type="checkbox"/> Enfermaria <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Rede diferenciada		

Responsabilizo-me pelas informações acima e declaro estar de acordo com o contrato de assistência médica Unimed / ANFIP.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular

**Documentos necessários para cadastro:****Titular:**

- Termo de adesão preenchido e assinado;
- Cópia CPF, cópia do RG e comprovante de residência.

**Dependentes / Agregados:**

- Cópia CPF, cópia do RG; para cônjuge: cópia da certidão casamento ou união estável; para filhos: cópia da certidão de nascimento; para dependentes legais: cópia da declaração de Imposto de Renda; para agregados: comprovantes de vínculo familiar como certidões de casamento e nascimento.

Inclusão do titular

 Inclusão de dependentes e/ou agregados

 Exclusão do titular

 Exclusão de dependentes e/ou agregados

### INFORMAÇÕES DO TITULAR

Nome completo:			Data de nascimento:		
Sexo:	Estado civil:	Nome completo da mãe:			
CPF:	RG:	STAPE:	Local de atendimento:		U.F.:

### INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES DO TITULAR

Endereço residencial:		Nº.:	Complemento:	Bairro:
Cidade:		U.F.:	CEP:	Caixa postal:
Telefone residencial:	Telefone celular:	Fax:	E-mail:	
Endereço para correspondência / cobrança:		Nº.:	Complemento:	Bairro:
Cidade:		U.F.:	CEP:	Caixa postal:

### INFORMAÇÕES DOS DEPENDENTES / AGREGADOS

<input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Agregado	Nome completo:			Data de nascimento:	
Sexo:	Estado civil:	Parentesco:	Nome completo da mãe:		
RG:	CPF:	Local de atendimento:		U.F.:	
<input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Agregado	Nome completo:			Data de nascimento:	
Sexo:	Estado civil:	Parentesco:	Nome completo da mãe:		
RG:	CPF:	Local de atendimento:		U.F.:	
<input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Agregado	Nome completo:			Data de nascimento:	
Sexo:	Estado civil:	Parentesco:	Nome completo da mãe:		
RG:	CPF:	Local de atendimento:		U.F.:	
<input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Agregado	Nome completo:			Data de nascimento:	
Sexo:	Estado civil:	Parentesco:	Nome completo da mãe:		
RG:	CPF:	Local de atendimento:		U.F.:	
<input type="checkbox"/> Dependente <input type="checkbox"/> Agregado	Nome completo:			Data de nascimento:	
Sexo:	Estado civil:	Parentesco:	Nome completo da mãe:		
RG:	CPF:	Local de atendimento:		U.F.:	

Responsabilizo-me pelas informações acima e declaro estar de acordo com o contrato de assistência odontológica Uniodonto / ANFIP.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do titular

#### Documentos necessários para cadastro:

##### Titular:

- Termo de adesão preenchido e assinado;
- Cópia CPF, cópia do RG, e comprovante de residência.

##### Dependentes / Agregados:

- Cópia CPF, cópia do RG; para cônjuge: cópia da certidão casamento ou união estável; para filhos: cópia da certidão de nascimento; para dependentes legais: cópia da declaração de Imposto de Renda; para agregados: comprovantes de vínculo familiar como certidões de casamento e nascimento.