

1 - IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE

CÓDIGO	NOME DO ESTIPULANTE	CÓDIGO	NOME DO SUBESTIPULANTE
--------	---------------------	--------	------------------------

2 - IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO

Nº DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO	NOME DO SEGURADO	PLANO ATUAL
---------------------------------	------------------	-------------

3 - NOVOS DADOS CADASTRAIS DO TITULAR (PREENCHER SOMENTA O QUE DEVE SER ALTERADO)

NOME DO SUBESTIPULANTE	CÓDIGO SUBSTIPULANTE	CENTRO DE CUSTO	LOTAÇÃO
ESTADO CIVIL	PLANO		DATA DA EXCLUSÃO
Nº DO BANCO	NOME DO BANCO	Nº DA AGENCIA	DV
		Nº CONTA CORRENTE	DV

DOCUMENTO DE IDENTIDADE

TIPO	Nº	ORG.EXP	DATA EXPEDIÇÃO	NOME DA MÃE
------	----	---------	----------------	-------------

4 - NOVOS DADOS CADASTRAIS DOS DEPENDENTES (PREENCHER DECLARAÇÃO DE SAÚDE DO VERSO, SOMENTE NO CASO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES)

1	NOME				NOME DA MÃE			<input type="checkbox"/> INCLUSÃO
	SEXO	ESTADO CIVIL	PARENTESCO	DATA DE NASC.	CPF <input type="checkbox"/> PRÓPRIO <input type="checkbox"/> TERCEIRO	Nº	DATA	<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO
2	NOME				NOME DA MÃE			<input type="checkbox"/> INCLUSÃO
	SEXO	ESTADO CIVIL	PARENTESCO	DATA DE NASC.	CPF <input type="checkbox"/> PRÓPRIO <input type="checkbox"/> TERCEIRO	Nº	DATA	<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO
3	NOME				NOME DA MÃE			<input type="checkbox"/> INCLUSÃO
	SEXO	ESTADO CIVIL	PARENTESCO	DATA DE NASC.	CPF <input type="checkbox"/> PRÓPRIO <input type="checkbox"/> TERCEIRO	Nº	DATA	<input type="checkbox"/> EXCLUSÃO <input type="checkbox"/> ALTERAÇÃO

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Resposta "S" - SIM ou "N" - NÃO para as seguintes perguntas no quadro abaixo

- 1 - Encontra-se atualmente em plena atividade de trabalho? Em caso negativo especifique o motivo
- 2 - É portador de alguma moléstia que o obrigue a consultar médico ou fazer exames periódicos? Esclareça
- 3 - Já foi submetido a tratamento médico em regime hospitalar? Quais foram os diagnósticos e períodos de internações
- 4 - Já foi submetido a alguma intervenção cirúrgica nos últimos 12 meses (inclusive biópsia)? Quais? (anexar exame anátomo-patológico)
- 5 - Já foi submetido a tratamento com radioterapia ou outros tratamentos em períodos prolongados? Cite-os.
- 6 - Tem alguma deficiência de órgãos (visão ou audição) ou defeitos físicos em membros ou órgãos?
- 7 - Já fez exames para detecção de AIDS? Informar datas e resultados dos exames.
- 8 - Responder somente segurados do sexo feminino: É gestante ou tem conhecimento da possibilidade de estar grávida? Em caso positivo mencionar o mês da gestação.

SEQ	PERGUNTAS								DESCRIÇÃO
	1	2	3	4	5	6	7	8	
1									
2									
3									

Autorizo a(s) alteração(ões) dos dados cadastrais relacionados e declaro que nada omito em relação ao estado de saúde do(s) meu(s) dependente(s) incluído(s)

Local e Data

Assinatura do segurado

Autorizo a(s) alteração(ões) dos dados cadastrais do segurado