



CADASTRO DE BENEFICIÁRIOS

INCLUSÃO

CÓDIGO EMPRESA	Nº DO CONTRATO
VÍNCULO / ADMISSÃO	FOLHA Nº

Nº SEQ. 01	CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	NOME DO BENEFICIÁRIO											
IDADE	DATA NASCIMENTO	SX	EC	PLANO	G. DEP.	ENDEREÇO					NÚMERO	COMPLEMENTO	
BAIRRO						CIDADE					CEP		
DATA DE ADESÃO AO PLANO		ACOMOD.	NOME DA MÃE DO BENEFICIÁRIO										
Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE						CPF			PROFISSÃO				
Nº DA IDENTIDADE			ORGÃO EXPEDIDOR		DATA DE EXPEDIÇÃO			NATURALIDADE					

PARTO
SIM NÃO

VALOR DA MENSALIDADE
R\$ _____

Nº SEQ. 02	CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	NOME DO BENEFICIÁRIO											
IDADE	DATA NASCIMENTO	SX	EC	PLANO	G. DEP.	ENDEREÇO					NÚMERO	COMPLEMENTO	
BAIRRO						CIDADE					CEP		
DATA DE ADESÃO AO PLANO		ACOMOD.	NOME DA MÃE DO BENEFICIÁRIO										
Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE						CPF			PROFISSÃO				
Nº DA IDENTIDADE			ORGÃO EXPEDIDOR		DATA DE EXPEDIÇÃO			NATURALIDADE					

PARTO
SIM NÃO

VALOR DA MENSALIDADE
R\$ _____

Nº SEQ. 03	CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO	NOME DO BENEFICIÁRIO											
IDADE	DATA NASCIMENTO	SX	EC	PLANO	G. DEP.	ENDEREÇO					NÚMERO	COMPLEMENTO	
BAIRRO						CIDADE					CEP		
DATA DE ADESÃO AO PLANO		ACOMOD.	NOME DA MÃE DO BENEFICIÁRIO										
Nº DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE						CPF			PROFISSÃO				
Nº DA IDENTIDADE			ORGÃO EXPEDIDOR		DATA DE EXPEDIÇÃO			NATURALIDADE					

PARTO
SIM NÃO

VALOR DA MENSALIDADE
R\$ _____

PARA USO DA EMPRESA				PARA USO DO SAÚDE VIDA				RESUMO			
CARIMBO E ASSINATURA				VISTO ATENDENTE				VISTO CADASTRO			
				_____/_____/____				_____/_____/____			
				Nº TITULAR				Nº DEP.			
								TOTAL GERAL			

01 - Código do Beneficiário: Preenchido pelo Saúde Vida

- Nome: nome do usuário a ser incluído.
- Idade: idade do usuário a ser incluído.
- Data de Nascimento: do usuário incluído.
- SX: sexo do usuário incluído.
- EC: estado civil do usuário incluído.
- Plano: tipo de plano escolhido pelo usuário.
- G. Dep.: tipo de parentesco; ex. titular ou esposa, filho, mãe, pai, etc.
- Data da inclusão ao Plano: data da inclusão na empresa (do dia).
- Acomod.: tipo de acomodação (enfermaria “E” ou apartamento “A”).
- Endereço: nome da rua e número da residência.
- Bairro: nome do bairro.
- Cidade: nome da cidade.
- Unidade da Federação: estado.
- Nome da Mãe do Beneficiário: nome da mãe do beneficiário incluído.
- CEP: cep da rua.
- Número do Cartão Nacional de Saúde: número do Cartão Nacional da Saúde (obrigatório).
- Profissão: profissão do usuário a ser incluído.
- CPF: número do CPF do titular + dependente quando houver.
- Número de Registro do Plano no Ministério da Saúde: preenchido pelo Saúde Vida.
- Parto: colocar SIM ou NÃO.