

Dados do Sabin Sinai:									
Sabin Sinai - Vita Assistência à Saúde, Operadora de planos privados de assistência à saúde situada a Rua Santa Rita, 443 – Centro – Juiz de Fora/MG ,CEP 36.010-071, 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:		<input type="checkbox"/> Titular		<input type="checkbox"/> Dependentes		<input type="checkbox"/> Ambos		Data da Admissão:	
Plano a ser incluído (Consultar junto ao Sabin Sinai os planos disponíveis para este contrato):									
<input type="checkbox"/> Ambulatorial		<input type="checkbox"/> Amb + Hosp com Obst - Apartamento			<input type="checkbox"/> 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:									
<p>Autorizo a inclusão, minha e de meu(s) dependente(s) acima identificados no contrato de Assistência Médica Hospitalar solicitada ao Sabin Sinai – 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.</p>									

Local e data: _____

 Assinatura do titular

 / /
 Data de recebimento
 pela Operadora

 Responsável pelo recebimento