

FAC - FICHA DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL - PLANO COLETIVO EMPRESARIAL														
CONTRATO			EMPRESA					CNPJ						
INCLUSÃO			EXCLUSÃO			ALTERAÇÃO / SOLICITAÇÃO								
<input type="checkbox"/>	Titular		<input type="checkbox"/>	Titular		<input type="checkbox"/>	Nome		<input type="checkbox"/>	Estado Civil		<input type="checkbox"/>	Endereço	
<input type="checkbox"/>	Dependente		<input type="checkbox"/>	Dependente		<input type="checkbox"/>	Dt Nascimento		<input type="checkbox"/>	Plano		<input type="checkbox"/>	Outros: _____	
PLANOS			DATA ADMISSÃO			DATA DEMISSÃO			INSCRIÇÃO					
<input type="checkbox"/>	E-Business Plus - Reg. Ans 483.252/19-3		/ /			/ /								
<input type="checkbox"/>	E-Corporate Plus Reg. ANS 483.253/19-1													
<input type="checkbox"/>	E-MAX Reg. ANS 490.133/21-9													
TITULAR														
Nome do Titular (Obrigatoriamente nome completo)														
CPF Titular			Cartão Nacional do SUS (CNS)					RG						
Sexo	Estado Civil*	GP **	Data Nascimento		Idade	Telefone de Contato do Titular			E-mail do Titular					
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /											
Nome da Mãe (Obrigatoriamente nome completo)										Valor R\$				
DADOS DOS DEPENDENTES - (OBRIGATÓRIO NOME COMPLETO E CPF PARA MAIORES DE 18 ANO)														
Nome do Dependente (Obrigatoriamente nome completo)														
CPF do Dependente			Cartão Nacional do SUS (CNS)					RG						
1	Sexo	Estado Civil*	GP **	Data Nascimento		Idade	Declaração de Nascido Vivo							
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /										
Nome da Mãe do Dependente (Obrigatoriamente nome completo)										Valor R\$				
Nome do Dependente (Obrigatoriamente nome completo)														
CPF do Dependente			Cartão Nacional do SUS (CNS)					RG						
2	Sexo	Estado Civil*	GP **	Data Nascimento		Idade	Declaração de Nascido Vivo							
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /										
Nome da Mãe do Dependente (Obrigatoriamente nome completo)										Valor R\$				
Nome do Dependente (Obrigatoriamente nome completo)														
CPF do Dependente			Cartão Nacional do SUS (CNS)					RG						
3	Sexo	Estado Civil*	GP **	Data Nascimento		Idade	Declaração de Nascido Vivo							
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /										
Nome da Mãe do Dependente (Obrigatoriamente nome completo)										Valor R\$				
Nome do Dependente (Obrigatoriamente nome completo)														
CPF do Dependente			Cartão Nacional do SUS (CNS)					RG						
4	Sexo	Estado Civil*	GP **	Data Nascimento		Idade	Declaração de Nascido Vivo							
	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			/ /										
Nome da Mãe do Dependente (Obrigatoriamente nome completo)										Valor R\$				
LEGENDA														
* EC - Estado Civil						* GP - Grau de Parentesco								
(1) Solteiro(a) (2) Casado(a) (3) Viúvo(a) (4) Separado(a) (5) Divorciado(a) (6) Outros						(1) Cônjuge (2) Companheiro(a) (3) Filho(a) (4) Filho(a) Casado(a) (5) Pai (6) Mãe (7) Tio(a) (8) Sogro(a) (9) Irmãos(as) (10) Genro/Nora (11) Sobrinho(a) (12) Netos(as) (13) Outros								
Loca e Data:						Assinatura do Titular / Contratante / Responsável Legal (caso o tular seja menor de 18 anos)								
						Assinatura do Corretor:								