



VITALMED
A sua melhor proteção.

FICHA CADASTRAL

INCLUSÃO
ADESÃO

VITAL PARTICIPATIVO PJ PF
CONVÊNIO
TRADICIONAL
PESSOA JURÍDICA

NOME DA EMPRESA: _____
DATA DE ADESÃO: _____
CÓDIGO DA EMPRESA: _____

Nº _____

RESPONSÁVEL

C.P.F. _____
CÓDIGO _____ DATA NASC. _____
TELEFONES: _____
E-MAIL _____

ENDEREÇO DO TITULAR

BAIRRO _____ PONTO DE REFERÊNCIA _____
CIDADE _____ CEP _____

DADOS COMPLEMENTARES

HOSPITAL OU CLÍNICA DE PREFERÊNCIA _____
SEGURO DE SAÚDE _____

AVISAR EM CASO DE ACIDENTE A _____ TELEFONE _____

DEP	NOME	CPF	DATA NASC.	SEXO	R\$
DEP-1					
DEP-2					
DEP-3					
DEP-4					
DEP-5					

VALOR RESPONSÁVEL: _____ VALOR TOTAL: _____

DADOS CLÍNICOS - MARQUE COM UM "X"		TIT	DEP-1	DEP-2	DEP-3	DEP-4	DEP-5
A	É PORTADOR DE DIABETES?						
B	FAZ USO DE MEDICAÇÃO QUIMIOTERÁPICA?						
C	É PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL?						
D	É PORTADOR DE DOENÇA CARDÍACA?						
E	JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIA? (CITE NO VERSO)						
F	É PORTADOR DE ASMA?						
G	É PORTADOR DE DOENÇA DIGESTIVA? (CITE NO VERSO)						
H	É PORTADOR DE DOENÇA RENAL? (CITE NO VERSO)						
I	É PORTADOR DE DOENÇA NEUROLÓGICA?						
J	FAZ USO HABITUAL DE MEDICAMENTOS? (CITE NO VERSO)						
K	TEM ALERGIA A MEDICAMENTOS OU SOLUÇÕES? (CITE NO VERSO)						

DECLARO QUE OS DADOS ACIMA SÃO REAIS E COMPLETOS. _____ DE _____ DE 20____

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Obs. O pagamento da adesão será incluso na próxima fatura. Solicite informações sobre como usar estes e outros serviços oferecidos pela Vitalmed através do telefone 2202-8686.

Vendedor _____ Auxiliar Televidas _____ Código _____

Obs.: A prestação dos serviços se iniciará 10 dias úteis contados a partir da data de entrega desta ficha à Vitalmed, não cabendo ao contratante e/ou usuários qualquer reivindicação de serviço durante o referido prazo.

ESPECIFICAR DADOS CLÍNICOS DO TITULAR E DEPENDENTES



TITULAR

PF PJ TITULAR PARTICIPATIVO
 NOME DA EMPRESA: _____
 DATA DE ADESAO: _____
 CÓDIGO DA EMPRESA: _____
 PESSOA JURÍDICA:

RESPONSÁVEL

DEPENDENTE 1

CÓDIGO: _____ DATA NASC: _____
 ENDEREÇO DO TITULAR: _____
 E-MAIL: _____
 TELEFONES: _____
 PARRÓQUIA: _____
 PUNTO DE REFERÊNCIA: _____

DEPENDENTE 2

DADOS COMPLEMENTARES: _____
 CIDADE: _____ CEP: _____
 HOSPITAL OU CLÍNICA DE REFERÊNCIA: _____
 SEGURO DE SAÚDE: _____
 AVISAR EM CASO DE ACIDENTE A: _____
 TELEFONE: _____

DEPENDENTE 3

DEP-1	DEP-2	DEP-3	DEP-4	DEP-5	NOME	CPF	DATA NASC	SEXO

VALOR RESPONSÁVEL: _____ VALOR TOTAL: _____

DEPENDENTE 4

DEP-1	DEP-2	DEP-3	DEP-4	DEP-5	TIT	ADOS CLÍNICOS - MARQUE COM UM "X"
						É PORTADOR DE DIABETES?
						FAZ USO DE MEDICAÇÃO QUIMIOTERÁPICAS?
						É PORTADOR DE HIPERTENSÃO ARTERIAL?
						É PORTADOR DE DOENÇA CARDÍACA?
						JÁ FEZ ALGUMA CIRURGIAS? (CITE NO VERSO)
						É PORTADOR DE ASMA?
						É PORTADOR DE DOENÇA DIGESTIVA? (CITE NO VERSO)
						É PORTADOR DE DOENÇA RENAL? (CITE NO VERSO)
						É PORTADOR DE DOENÇA NEUROLÓGICA?
						FAZ USO HABITUAL DE MEDICAMENTOS? (CITE NO VERSO)
						TEM ALGUMA APTIDÃO PARA ATIVIDADES DE RISCO? (CITE NO VERSO)

DEPENDENTE 5

DECLARO QUE OS DADOS ACIMA SÃO REAIS E COMPLETOS. _____ DE _____ DE 20____
 ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: _____
 Obs: O pagamento da adesão será incluso na próxima fatura. Solicite informações sobre como usar estes e outros serviços oferecidos pela Vitalia através do telefone 2202-8888.
 Vendedor: _____ Auxiliar Telemarketing: _____ Código: _____