

CADASTRO PARA ADESÃO AO TERMO DE PARCERIA POLICLÍNICA IESEP PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Ficha de cadastro de beneficiários dos serviços objetivados no termo de parceria Policlínica Iesep para prestação de serviços em saúde.

(Imprima, preencha com letra legível e encaminhe a policlínica).

Pelo presente instrumento eu, _____, RG: _____, CPF: _____, abaixo assinado, solicito a minha inclusão e de meu(s) dependente(s) abaixo relacionado(s) para a prestação de serviços de saúde do termo da parceria Policlínica Iesep.

DADOS PESSOAIS DO TITULAR

Nome completo		Data de Nasc.	Sexo	
Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
CPF	RG	Órgão Emissor	Estado civil	
Endereço residencial:		Nº	Compl.	Bairro
Município:	CEP:	UF:	Curso:	
Telefone Residencial:	Telefone Profissional:	Telefone Celular:	E-mail:	

DADOS PESSOAIS PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTES

Dados Usuário Dependente					
1	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG	Órgão Emissor	Telefones: Res. Celular:	
Dados Usuário Dependente					
2	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG	Órgão Emissor	Telefones: Res. Celular:	
Dados Usuário Dependente					
3	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG	Órgão Emissor	Telefones: Res. Celular:	
Dados Usuário Dependente					
4	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo
	Nome da mãe completo		Nome do pai completo		
	CPF	RG	Órgão Emissor	Telefones: Res. Celular:	
Dados Usuário Dependente					
	Nome completo		Grau de depend.	Data de Nasc.	Sexo

5	Nome da mãe completo		Nome do pai completo	
	CPF	RG	Órgão Emissor	Telefones: Res. Celular:

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO

1) Para efetivar a inscrição do titular e dependente(s) é necessário o preenchimento de todos os campos solicitados neste **CADASTRO**.

2) Este **CADASTRO**, após ser preenchido, deverá ser entregue na policlínica com a xerox legível dos seguintes documentos:

TITULAR: Xerox da carteirinha do aluno; xerox do RG e CPF e comprovante de residência.

DEPENDENTE(S): Xerox do RG e CPF e comprovante de residência.

DECLARAÇÃO

Como beneficiário titular dos serviços ofertados pela parceria Policlínica Iesep, declaro:

- 1). Ter conhecimento do REGULAMENTO da parceria Policlínica Iesep para prestação de serviços em saúde acima indicado;
- 2). Estar de acordo com o que está disposto no REGULAMENTO da parceria Policlínica Iesep para prestação de serviços em saúde, obrigando-me a cumprir as regras e normas estabelecidas nesta parceria referentes aos beneficiários e dependentes durante a minha vinculação a sua vigência;
- 3). Respeitar as regras e a metodologia definida pela Policlínica Iesep para atendimentos e consultas ofertadas aos pacientes;
- 4). Ser responsável pelas inclusões solicitadas e correta utilização dos serviços oferecidos pela parceria Policlínica Iesep, bem como, por todas as despesas decorrentes de sua utilização por parte do titular e seus dependentes;
- 5). Estar ciente dos valores a pagar pelos atendimentos realizados na policlínica Iesep, tanto para o TITULAR como para os usuários dependentes.
- 6). Que as informações contidas neste CADASTRO são verdadeiras e que comunicarei, por escrito, alterações em meus dados cadastrais e de meus dependentes, no prazo de 30 dias corridos do fato que as gerou.

Obs.: Os dados preenchidos são de total responsabilidade do Titular, não tendo a Policlínica responsabilidade sobre eventuais informações incorretas ou desatualizadas. O formulário perderá a validade caso esteja rasurado ou incompleto. Obrigatório anexar os documentos exigidos para a inscrição de dependentes.

Registro/SP, ____ de _____ de 2019.

Titular Responsável

Policlínica Iesep