|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| EMPRESA: | | | | | | | | | | | |
| CNPJ: | | | | | | | | | | Código Empresa: | |
| Agente: | | | | | | Data da Inclusão: | | | | Centro de Custo: | |
|  | | | | | | | | | | | |
| OPERAÇÃO | | | | | | | | | | | |
| Inclusão de Usuário | Inclusão de Especialidade/Exames | | | | Alteração de Especialidade/Exames | | | | Transferência Interna | | |
| Titular  Dependente | Titular  Dependente | | | | Titular  Dependente | | | | Cód. Origem: | | |
| TELECONSULTA | | | | | | | | | | | |
| Individual | | Familiar 1+3 | | | | | | | Adicional | | |
| Titular | | Titular  Dependente | | | | | | | Dependente | | |
| Preencher no campo Especialidades/Exames o que será incluído. | | | | | | | | | | | |
| DADOS DO TITULAR | | | | | | | | | | | |
| \*Nome: | | | | | | | | | | | |
| \*CPF: | | | | \*Data Nascimento: | | | \*Telefone: (     ) | | | | |
| \*E-mail: | | | | | | | | | | | |
| Especialidades: | | | | | | | \*Sexo:  Masc.  Fem. | | | | |
| \*Pacote/Exames: LABPLUS  LABMASTER  LABCOVID | | | | |
| DADOS DO DEPENDENTE – 01 | | | | | | | | | | | |
| \*Nome: | | | | | | | | | | | |
| \*CPF: | | | \*Data Nascimento: | | | | | \*Sexo:  Masc.  Fem. | | | \*Parentesco: |
| \*E-mail: | | | | | | | | | | | |
| \*Especialidades: | | | | | | | \*Pacote de Exames:  LABPLUS  LABMASTER  LABCOVID | | | | |
| DADOS DO DEPENDENTE – 02 | | | | | | | | | | | |
| \*Nome: | | | | | | | | | | | |
| \*CPF: | | | \*Data Nascimento: | | | | | \*Sexo:  Masc.  Fem. | | | \*Parentesco: |
| \*E-mail: | | | | | | | | | | | |
| \*Especialidades: | | | | | | | \*Pacote de Exames:  LABPLUS  LABMASTER  LABCOVID | | | | |
| DADOS DO DEPENDENTE – 03 | | | | | | | | | | | |
| \*Nome: | | | | | | | | | | | |
| \*CPF: | | | \*Data Nascimento: | | | | | \*Sexo:  Masc.  Fem. | | | \*Parentesco: |
| \*E-mail: | | | | | | | | | | | |
| \*Especialidades: | | | | | | | \*Pacote de Exames:  LABPLUS  LABMASTER  LABCOVID | | | | |
| DADOS DO DEPENDENTE – 04 OU ADICIONAL | | | | | | | | | | | |
| \*Nome: | | | | | | | | | | | |
| \*CPF: | | | \*Data Nascimento: | | | | | \*Sexo:  Masc.  Fem. | | | \*Parentesco: |
| \*E-mail: | | | | | | | | | | | |
| \*Especialidades: | | | | | | | \*Pacote de Exames:  LABPLUS  LABMASTER  LABCOVID | | | | |

CADASTRO DE USUÁRIOS CONVÊNIO CLÍNICAS MÉDICAS - CCM

ATENÇÃO!

- Dados com (\*) preenchimento obrigatório.

- Não serão aceitos documentos com rasuras ou se os dados não estiverem legíveis.

*Data limite para solicitar a movimentação até dia 18 de cada mês.*

|  |
| --- |
| Carimbo da Empresa – Preferencialmente CNPJ  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \*Assinatura do Responsável Legal da Empresa  Local e Data: ......... de ......... de .......... |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| OBSERVAÇÕES | | | | | |
|  | | | | | |
| PARA USO INTERNO DA AEMFLO | | | | | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Setor Expansão  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Atendimento Setor Saúde  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Auditoria Setor Saúde  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Cadastro Setor Saúde  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Visto Gerência  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Revisão Final  \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |