|  |
| --- |
| 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 EmpresaLocal 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\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_ |