



FICHA CADASTRAL DE TITULAR

ANS: 35875-4

Nome do Titular (Sem Abreviatura)				DOSSIÊ CASF
Cartão Nacional de Saúde (CNS)	Profissão	Data Nasc.	Estado Civil	Sexo
CPF nº.	RG nº.	Org. Emissor	Data Emissão	PIS
Nome da Mãe (Sem abreviatura)				
Nome do Pai (Sem Abreviatura)				
CEP	Endereço			Nº.
Complemento			Bairro	
Cidade			Estado	
Fone Fixo		Fone Celular		Fone Trabalho
E-mail				
Matricula Funcional	Setor		Lotação	
Forma de pagamento				
Datas de Vencimento: <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 30				
Folha de pagamento: <input type="checkbox"/>				
Débito em Conta: <input type="checkbox"/> Banco: _____ Agência: _____ Conta Corrente: _____				
Preenchimento da CASF				
PLANO	Data Início		Acomodação	
			<input checked="" type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Enfermaria	
Carência		Motivo		
SIM <input type="checkbox"/>		NÃO <input type="checkbox"/>		
OBSERVAÇÕES:				
.....				
.....				
.....				
_____/_____/_____ Data				
Diretoria de Assistência			Coordenador de Cadastro	

Obs: Apresentar cópia do CPF, RG, Comprovante Endereço, Folha de Pagamento e CNS, se for o caso.