



Of. Circular nº 103 UNISAÚDEMS/CA

Campo Grande, 12 de dezembro de 2017

Prezado (a) Senhor (a),

Tendo em vista que as informações cadastrais dos nossos associados devem ser mantidas atualizadas, solicitamos o preenchimento e posterior devolução do formulário em anexo. Caso os dependentes e/ou agregados não residam no mesmo endereço do Titular e, na necessidade urgente de mantermos um cadastro sob sua titularidade, mais atualizado, inclusive dentro das normas da Receita Federal e ANS, solicitamos de V.S<sup>a</sup>. as informações em relação aos mesmos, tais como endereço, CPF, telefone e e-mail.

A atualização cadastral poderá ser feita pelo site da UnisaúdeMS, no endereço eletrônico [www.unisaudemms.org.br](http://www.unisaudemms.org.br) com as seguintes opções:

- Clicando em “**Unisaúde Resolve**”, selecione a ÁREA (alteração de dados cadastrais);
- no “E-mail” [cadastro@unisaudemms.org.br](mailto:cadastro@unisaudemms.org.br);

ou, se preferir, por correspondência dirigida ao Setor de Cadastro, cujo endereço consta no rodapé deste Ofício, bem como diretamente em nossa sede de segunda a sexta, das 07H30 às 11H30 e das 13H00 às 17H30.

Atenciosamente,

Conselho de Administração da UnisaúdeMS



# PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL UNISAÚDEMS – 2018

PÁGINA: 01/02

NOME COMPLETO DO TITULAR	SEXO	ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	Nº RG	Nº CPF

ENDEREÇO	NUMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP

CIDADE	ESTADO	E-MAIL	TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE RESIDENCIAL

NOME COMPLETO (DO DEPENDENTE OU AGREGADO)	SEXO	ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	Nº RG	Nº CPF

ENDEREÇO (APENAS SE FOR DIFERENTE DO TITULAR)	NUMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP

CIDADE	ESTADO	E-MAIL	TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE RESIDENCIAL

NOME COMPLETO (DO DEPENDENTE OU AGREGADO)	SEXO	ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	Nº RG	Nº CPF

ENDEREÇO (APENAS SE FOR DIFERENTE DO TITULAR)	NUMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP

CIDADE	ESTADO	E-MAIL	TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE RESIDENCIAL



# PROGRAMA DE ATUALIZAÇÃO CADASTRAL UNISAÚDEMS – 2018

PÁGINA: 02/02

NOME COMPLETO (DO DEPENDENTE OU AGREGADO)	SEXO	ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	Nº RG	Nº CPF

ENDEREÇO (APENAS SE FOR DIFERENTE DO TITULAR)	NUMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP

CIDADE	ESTADO	E-MAIL	TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE RESIDENCIAL

NOME COMPLETO (DO DEPENDENTE OU AGREGADO)	SEXO	ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	Nº RG	Nº CPF

ENDEREÇO (APENAS SE FOR DIFERENTE DO TITULAR)	NUMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP

CIDADE	ESTADO	E-MAIL	TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE RESIDENCIAL

NOME COMPLETO (DO DEPENDENTE OU AGREGADO)	SEXO	ESTADO CIVIL	DATA DE NASCIMENTO	Nº RG	Nº CPF

ENDEREÇO (APENAS SE FOR DIFERENTE DO TITULAR)	NUMERO	COMPLEMENTO	BAIRRO	CEP

CIDADE	ESTADO	E-MAIL	TELEFONE RESIDENCIAL	TELEFONE RESIDENCIAL