

Ficha de Atualização Cadastral Pessoa Física



Solicitamos o preenchimento do formulário abaixo, para atualização cadastral. Favor devolvê-lo à SantaCoop.

NOME: _____

ENDEREÇO RESIDENCIAL (somente para cadastro da cooperativa, não será fornecido aos convênios).

Rua/Av.: _____
Nº: _____ Apto _____ Bairro: _____ Cep: _____
Cidade: _____ Estado: _____
Telefones: () _____ Fax: () _____ Celular: () _____
E-mail: _____

ENDEREÇO CONSULTÓRIO

Rua/Av.: _____
Nº: _____ Sala _____ Bairro: _____ Cep: _____
Cidade: _____ Estado: _____
Telefones: () _____ Fax: () _____ Celular: () _____
Horário (S): _____

Assinale abaixo qual endereço de preferência para envio das suas correspondências.

() Residencial () Consultório

DESEJA ATENDER A TODOS OS CONVÊNIOS DA SANTACOOP QUE PERMITEM ATENDIMENTOS EM CONSULTÓRIO PARTICULAR?

Caso a opção seja negativa, solicitamos manter a informação do endereço de consultório, somente para o cadastro da cooperativa.

Convênios () Sim () Não Santa Casa Saúde - credenciamento direto () Sim () Não

Relacione a (s) especialidade (s): _____

REGISTRO NO CONSELHO: _____

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

Agradecemos sua atenção, respondendo a solicitação. Isto será importante para mantê-lo sempre informado.

COOPERADO FIQUE ATENTO A ESTA MARCAÇÃO

Se você optar por atender aos convênios, deverá atender a todos, sem distinção. Neste caso, marque a opção **SIM**. Os cooperados que deixarem de atender aos convênios deverão comunicar à Santacoop, antes de suspender os atendimentos.