

Inclusão de Recém-Nascido - Avaliação Pré-Admissional

Obs: Considera-se Recém-Nascido o bebê com até 30 dias de nascimento

Nome do Titular _____

Nº. de Inscrição Amafresp _____

Dados do Recém-Nascido a ser inscrito no plano:

Nome _____

Data de Nascimento ____/____/____ Sexo () M () F

RG _____ Órgão Emissor _____ Data Expedição _____

CPF _____ Cidade Naturalidade _____

Grau de parentesco com o titular _____ Profissão _____

Nome da mãe _____

Endereço _____

Bairro _____ Cidade _____ Estado _____ CEP _____

Tel. Res. _____ Tel. Com. _____ Tel. Cel. _____

E-mail part. _____ E-mail com. _____

Inscrito na Amafresp? () Pai () Mãe

Tipo de Parto: () Cesária () Normal () Normal com Fórceps

Peso ao Nascimento _____ Kg Tamanho: _____ cm

Apgar: 1º minuto de vida: _____ e 5º minuto de vida: _____

Permaneceu internado após a alta da mãe: () Sim () Não

Qual motivo? _____ Período: de ____/____/____ a ____/____/____

Nasceu com alguma doença ou problema de saúde: () Sim () Não

Qual? _____

Declaro que todas as informações prestadas são verdadeiras e que estou ciente de estar sujeito a medidas legais se houver distorção ou omissão em quaisquer dos itens desta declaração de Saúde.

Declaro ainda que estou disposto(a) a apresentar resultados de exames ou a submeter o recém-nascido aos exames médicos que me forem solicitados visando a sua adesão ao Serviço de Assistência à Saúde da Afresp - **Amafresp**.

São Paulo, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do sócio titular

Uso exclusivo da Amafresp

Avaliação Técnica: _____

Data ____/____/____

Auditor _____

Autorização para Inscrição: _____

Data ____/____/____

Diretor _____