

## 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 \_\_\_\_\_