



SOLICITAÇÃO DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE
COLETIVO POR ADESÃO

FORM/RE 126/03

DADOS DO TITULAR (Preenchimento Obrigatório)

Nome Completo:

Nascimento:

CPF:

Nº CNS (Cartão Nacional de Saúde):

E-mail:

Endereço:

Número:

Complemento:

Bairro:

Cidade:

UF:

CEP:

Tel. Residencial:

Tel. Comercial:

Tel. Celular:

DADOS DOS DEPENDENTES

Nome:

Nascimento:

Grau de Parentesco em relação ao Titular:

CPF:

Nº CNS:

Nome:

Nascimento:

Grau de Parentesco em relação ao Titular:

CPF:

Nº CNS:

Nome:

Nascimento:

Grau de Parentesco em relação ao Titular:

CPF:

Nº CNS:

Nome:

Nascimento:

Grau de Parentesco em relação ao Titular:

CPF:

Nº CNS:

Nome:

Nascimento:

Grau de Parentesco em relação ao Titular:

CPF:

Nº CNS:

Nome:

Nascimento:

Grau de Parentesco em relação ao Titular:

CPF:

Nº CNS:

**DETALHAMENTO DO TIPO DE PLANO
(Marque com um "X" uma das opções abaixo)**

Nome do Plano (consta na tabela de mensalidades)	Acomodação	Abrangência	Especificações
	() Ambulatorial () Coletivo () Individual	() Estadual () Nacional	() SEM Mãe de Deus e Moinhos de Vento () COM Mãe de Deus e Moinhos de Vento

FORMA DE PAGAMENTO

() Boleto Bancário

() Débito em Conta * (Preencher o Formulário de Autorização para Débito em Conta)

Data de Vencimento: Consta na tabela de mensalidades

*Bancos Disponíveis: Banco do Brasil e Banrisul.

_____, ____ de _____ de _____.
LOCAL E DATA DE ASSINATURA

Assinatura do Titular

ANS - nº 367087

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

- Cópia do CPF e RG ou Certidão de Nascimento (titular e dependentes).
- Comprovante de Residência (Luz e Telefone fixo) em nome do Titular, caso contrário, será necessária uma declaração registrada em cartório do Titular comprovando que o mesmo reside no endereço informado.
- Certidão de Casamento ou Declaração de União Estável (se for o caso).
- Cartão Nacional de Saúde do Titular e Dependentes.
- Comprovante de elegibilidade:
 - ✓ Cópia da Carteira Profissional (Exemplo: OAB, CRA, CREA)
- Declaração de Saúde para todos, exceto recém-nascidos, incluídos em até os 30 dias do evento.

ORIENTAÇÕES:

É OBRIGATÓRIO O PREENCHIMENTO DE TODOS OS CAMPOS ESPECÍFICOS PARA EFETIVAÇÃO DA ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE.

As inclusões serão processadas a partir da data de assinatura deste formulário, caso haja a necessidade de documentos complementares do Titular ou Dependente, a inclusão será realizada após análise e validação dos mesmos.

O valor proporcional referente a este período será cobrado junto da mensalidade do mês subsequente.

Os cartões serão enviados para o endereço do titular ou responsável financeiro e o prazo de envio é de 15 dias úteis a partir da data da movimentação.

Caso a Declaração de Saúde conste indicativo de pré-existência, a inclusão no plano se dará somente após a assinatura do termo de ciência de CPT pelo Beneficiário ou Responsável.

ANS - nº 367087