

**DADOS DO TITULAR (Preenchimento Obrigatório)**

|                   |                 |                                    |
|-------------------|-----------------|------------------------------------|
| Nome Completo:    |                 |                                    |
| Nascimento:       | CPF:            | N° 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:        | N° CNS: |
| Nome:                                     | Nascimento: |         |
| Grau de Parentesco em relação ao Titular: | CPF:        | N° CNS: |
| Nome:                                     | Nascimento: |         |
| Grau de Parentesco em relação ao Titular: | CPF:        | N° CNS: |
| Nome:                                     | Nascimento: |         |
| Grau de Parentesco em relação ao Titular: | CPF:        | N° CNS: |
| Nome:                                     | Nascimento: |         |
| Grau de Parentesco em relação ao Titular: | CPF:        | N° CNS: |
| Nome:                                     | Nascimento: |         |
| Grau de Parentesco em relação ao Titular: | CPF:        | N° 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 | ( ) Estadual | ( ) SEM Mãe de Deus e Moinhos de Vento |
|  | ( ) Coletivo     | ( ) Nacional | ( ) COM Mãe de Deus e Moinhos de Vento |
|  | ( ) Individual   |              |  |

**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 Bannrisul, CEF, Santander, Sicredi e Unicred.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
LOCAL E DATA DE ASSINATURA

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Titular

**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.**

Para fins de adesão ao plano, o período de movimentação cadastral encerra-se no dia 20 do mês corrente sendo efetivada a solicitação no 1º dia do mês subsequente. A partir do dia 21 do mês corrente a alteração será efetivada no 1º dia do segundo 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 de conclusão 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. O valor proporcional referente a este período será cobrado junto da mensalidade do mês subsequente.