	SOLICITAÇÃO DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO	FORM/RE 126/08
---	--	-----------------------

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 CONFORME CADA CONTRATO
(Marque com um "X" uma das opções abaixo)**


Nome e número do produto do Plano:	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 001 e Banrisul 041, CEF 104, Santander 033, Sicredi 748 e Unicred 136/91.

DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA:

- Cópia do CPF e RG ou Certidão de Nascimento do titular e dependentes.
- Comprovante de Residência (Luz, e telefone fixo/celular, fatura de cartão de crédito, internet e contrato de aluguel) em nome do titular, caso contrário, será necessária uma declaração registrada em cartório do titular referente ao comprovante de endereço, comprovando que o titular que entrará no plano reside no endereço informado. Deve-se apresentar cópia do documento de identificação do titular do comprovante de endereço.
- 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);
- Comprovando a situação atual, ativo ou inativo.
- Declaração de Saúde para todos, exceto recém-nascidos, incluídos em até os 30 dias do evento.
- Para dependentes maiores de 18 e até 24 anos comprovante de vínculo escolar;

	SOLICITAÇÃO DE ADESÃO AO PLANO DE SAÚDE COLETIVO POR ADESÃO	FORM/RE 126/08
--	---	----------------

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.

A documentação para análise de portabilidade deve ser enviada em conformidade até dia 15 de cada mês.

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

Assinatura do Titular