

O preenchimento correto dos documentos de adesão ao plano reduz o tempo de cadastramento do beneficiário e evita sua devolução. Siga atentamente todas as instruções de preenchimento, registrando os dados nos campos de maneira legível, em letra de forma e sem emendas ou rasuras.

## PROPOSTA DE ADESÃO

### **. TIPO DE ADESÃO**

Assinale conforme o caso: se for migração de outra operadora; se for contratação inicial; e se for alteração de plano

### **. PLANO DE SAÚDE ESCOLHIDO**

Preencher por extenso o nome do plano escolhido

**Número do Contrato** – Campo de preenchimento único e exclusivo da empresa Contratada

### **. DADOS DO PROPONENTE TITULAR**

**Nome** – Preencher em letra de forma o nome completo do beneficiário titular. Não abreviar nenhum nome.

**Data de Nascimento** - Preencher com a data de nascimento do beneficiário titular, no formato DD/MM/AAAA.

**CPF** – Preencher com o CPF (cadastro de pessoa física) do beneficiário titular.

**Sexo** – Marcar com um "x" M, se o beneficiário titular for do sexo masculino ou F, se for do sexo feminino.

**Estado Civil** – preencher em letra de forma o estado civil do beneficiário titular conforme apresentado a seguir: Casado / Solteiro / Divorciado / Separado Judicialmente/Desquitado / Viúvo.

**NIP/SIAPE** – preencher com número do NIP, se militar ou pensionista de militar ou o número do SIAPE, se funcionário civil ou pensionista.

**Nome da Mãe** – preencher em letra de forma com o nome completo da mãe do beneficiário titular. Não abreviar nenhum nome.

**RG** – preencher com o número do RG do beneficiário titular.

**Órgão Expedidor** – preencher em letra de forma o órgão expedidor do documento de identificação

**UF** – preencher com a UF (Unidade da Federação) da cidade de expedição do documento de identificação.

**Endereço Residencial** – preencher com o endereço residencial do beneficiário titular. Neste campo preencher apenas o nome do logradouro, sem número ou complemento.

**Nº** - preencher com o número do endereço residencial beneficiário titular.

**Compl.** – preencher com o complemento do endereço residencial do beneficiário titular.

**Bairro** – preencher com o bairro do endereço residencial do beneficiário titular.

**CEP** – preencher com o CEP (Código de Endereçamento Postal) do endereço residencial do beneficiário titular. Com 8 dígitos.

**UF** – preencher com a UF (Unidade da Federação) da cidade de domicílio do beneficiário titular.

**Telefone Residencial** – preencher com o telefone residencial do beneficiário contratante.

**Telefone Comercial** – preencher com o telefone comercial do beneficiário contratante.

**Celular** – preencher com o telefone celular do beneficiário titular.

**E-mail** – preencher com o endereço eletrônico (e-mail) do beneficiário titular, se possuir.



### PROPOSTA DE ADESÃO - continuação

#### . DADOS DO DEPENDENTE

**Nome** – Preencher em letra de forma o nome completo do dependente. Não abreviar nenhum nome.

**Data de Nascimento** - Preencher com a data de nascimento do dependente, no formato DD/MM/AAAA.

**CPF** – Preencher com o CPF (cadastro de pessoa física) do dependente.

**Sexo** – Marcar com um “x” M, se o dependente for do sexo masculino ou F, se for do sexo feminino.

**Estado Civil** – preencher em letra de forma o estado civil do beneficiário titular conforme apresentado a seguir: Casado / Solteiro / Divorciado / Separado Judicialmente/Desquitado / Viúvo.

**Parentesco** – preencher em letra de forma o parentesco com o proponente titular.

**Nome da Mãe** – preencher em letra de forma com o nome completo da mãe do dependente. Não abreviar nenhum nome.

**PIS/PASEP** - caso o beneficiário seja menor de 18 (dezoito) anos, preencher com o CPF do Representante Legal.

**Nº do Cartão Nacional de Saúde** - caso possua, preencher com número do Cartão Nacional de Saúde.

**Nº da Declaração de Nascido Vivo** - caso o dependente ainda não possua certidão de nascimento, preencher com o número da declaração de Nascido Vivo.

#### . VALOR POR PROPONENTE

**Idade** – Preencher com a idade de cada beneficiário.

**Valor em R\$** – Preencher com os valores referentes a cada faixa etária do plano escolhido.

**Valor Total** – Preencher com o somatório dos valores referentes a cada faixa etária.

**Forma de Pagamento** – Assinale a forma de pagamento escolhida.

#### PARA PREENCHIMENTO NO CASO DE DÉBITO AUTOMÁTICO

**Banco** – Assinale o nome do banco no qual está autorizando o débito automático, indicando a agência e a conta corrente.

### DECLARAÇÃO

#### . DECLARAÇÃO DE VERACIDADE DAS INFORMAÇÕES

O contratante deverá conferir os dados informados nos campos anteriores e obrigatoriamente datar e assinar.

#### . PARA USO DA PAME

Os campos contidos neste item são de preenchimento único e exclusivo da empresa contratada.

### DECLARAÇÃO DE SAÚDE

. O preenchimento da Declaração de Saúde, tanto para o beneficiário titular quanto para seus dependentes, deverá ser feito, **obrigatoriamente**, pelo próprio beneficiário titular.

. O mesmo deverá declarar estar ciente ou não, de ser(em) portador(es) ou sofredor(es) de lesão ou doença preexistente à época da contratação.

. As respostas às perguntas são obrigatórias e não poderão conter rasuras.

. As respostas (“S” – Sim e “N” – Não) devem ser fornecidas considerando a situação de cada usuário, devidamente identificados, através do grau de parentesco preenchido na Proposta de Adesão.

. Em caso de resposta positiva, é **obrigatório** o preenchimento do motivo informando, também, a data do evento e procedimentos terapêuticos.