

Nome do Proponente Titular

RG

CPF

Nome da Mãe (Titular):

Endereço de Correspondência (Rua, Av. etc)

Nº

Complemento (bl, apto, etc)

Bairro

Município

Estado. CEP

Telefone Residencial

Telefone Comercial

Ramal

Telefone Celular

Estado Civil

Sexo

Data Nascimento

Idade

Cód. Carência:

Valor do Titular:

CNS

DNV

CPF

RG

E-Mail

Plano Contratado:

- BÁSICO  
**ENFERMARIA**  
 BETA  
**APARTAMENTO**

 GP (GRAU DE PARENTESCO)  
 (01) - CONJUGE (02) - FILHO(A)  
 (03) - ENTEADO(A) (04) - NETOS  
 (05) - OUTROS

 ESTADO CIVIL (EC)  
 (01) - CASADO (02) - SOLTEIRO  
 (03) - DIVORCIADO (04) - VIUVO(A)  
 (05) - OUTROS

 CARÊNCIA  
 (00) - NORMAL (01) ISENTO  
 (02) - REDUZIDA

Segmentação Assistencial:

**Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia**

### Dados dos Dependentes

01	Dependente	Nome	DNV	GP	Data de Nascimento	Idade
		Nome da Mãe		Cód. Carência	EC	Sexo / Mensalidade
		C.P.F.	R.G.	CNS		R\$

02	Dependente	Nome	DNV	GP	Data de Nascimento	Idade
		Nome da Mãe		Cód. Carência	EC	Sexo / Mensalidade
		C.P.F.	R.G.	CNS		R\$

03	Dependente	Nome	DNV	GP	Data de Nascimento	Idade
		Nome da Mãe		Cód. Carência	EC	Sexo / Mensalidade
		C.P.F.	R.G.	CNS		R\$

04	Dependente	Nome	DNV	GP	Data de Nascimento	Idade
		Nome da Mãe		Cód. Carência	EC	Sexo / Mensalidade
		C.P.F.	R.G.	CNS		R\$

<b>RECIBO DE ADESÃO</b>	Valor do Titular do Plano <b>R\$</b>	Valor Total dos Dependentes <b>+ R\$</b>	VALOR TAXA DE ADESÃO <b>+ R\$</b>	VALOR TOTAL <b>= R\$</b>	VALORES MENSAIS SUBSEQUENTES <b>R\$</b>
-------------------------	---	---	--------------------------------------	-----------------------------	--

Recebi do(a) Sr.(a): \_\_\_\_\_ a importância de

R\$ \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )

relativa ao 1º. Pagamento contraprestação pecuniária acima descrita e encargos

TABELA DE VENCIMENTOS	
DIA ADESÃO	PAGTO. MENSAL
DE 01 A 05	DIA 05
DE 06 A 10	DIA 10
DE 11 A 15	DIA 15
DE 16 A 20	DIA 20
DE 21 A 25	DIA 25
DE 26 A 31	DIA 30

Corretora (Carimbo)	Código	Nome do Agente	Assinatura do Agente
---------------------	--------	----------------	----------------------

### DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO CONTRATANTE

- Declaro minha intenção de aderir ao Plano de Assistência Médica da APUB SAÚDE na segmentação Ambulatorial + Hospitalar + Obstetrícia, no padrão de acomodação acima escolhido, e que as informações por mim prestadas nesta Proposta de Adesão, bem como na Declaração de Saúde referentes ao Usuário Titular e Dependentes, respeitada integralmente a ordem ali estabelecida, são verdadeiras e completas, sendo prestadas livre e espontaneamente e tenho ciência do Art. 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe que se o Proponente estiver omitindo circunstâncias que possam influir na aceitação da Proposta ou no valor da contraprestação pecuniária, perderá o direito de qualquer cobertura do Plano de Assistência Médica e pagarei a contraprestação vencida.
- Recebi, neste ato, cópia desta Proposta de Adesão e da Declaração de Saúde, referentes ao produto adquirido, e tenho conhecimento que estes, bem como os outros documentos necessários à sua aceitação deverão ser protocolados na APUB SAÚDE em até 03(três) dias úteis da data de sua assinatura.
- A cópia do Contrato/Regulamento encontra-se disponível no site e sede da APUB SAÚDE, ou na sede da empresa/entidade contratante ao qual sou vinculado.
- Tenho conhecimento de que esta Proposta de Adesão, a Declaração de Saúde, bem como os documentos inerentes à sua aceitação, não poderão conter emendas, rasuras, dados incorretos ou incompletos, o que dá direito à APUB SAÚDE de não aceitá-la e de solicitar a substituição da documentação.
- Estou ciente que a data de vigência do contrato será a partir do pagamento da primeira parcela, desde que já tenha sido efetuada a Entrevista Qualificada (Declaração de Saúde) com profissional médico, aprovada e validada pelo Médico Auditor da APUB Saúde.
- Declaro estar ciente que o adiantamento de qualquer valor não implica na aceitação desta Proposta de Adesão, e que será devolvido em caso de não aceitação da mesma.

Local e Data

Assinatura do Proponente Titular ou Responsável