

ADESÃO  INCLUSÃO

DADOS DO TITULAR									
NOME		RG / ÓRGÃO EMISSOR	CPF						
NOME DA MÃE		NOME DO PAI							
ENDEREÇO (Logradouro, Complemento, etc.)									
BAIRRO		CIDADE	UF CEP						
TELEFONE ( ) - / ( ) -		SEXO <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO	DATA DE NASCIMENTO / / IDADE						
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> OUTROS:									
CNS	E-MAIL	CARÊNCIA – USO DA OPERADORA <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ISENTA							
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL <b>AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA</b>		<b>PLANO CONTRATADO</b> <table border="0"> <tr> <td><b>APARTAMENTO</b></td> <td><b>ENFERMARIA</b></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> BETA</td> <td><input type="checkbox"/> BÁSICO</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> ESSENCIAL</td> <td><input type="checkbox"/> ESSENCIAL</td> </tr> </table>		<b>APARTAMENTO</b>	<b>ENFERMARIA</b>	<input type="checkbox"/> BETA	<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> ESSENCIAL	<input type="checkbox"/> ESSENCIAL
<b>APARTAMENTO</b>	<b>ENFERMARIA</b>								
<input type="checkbox"/> BETA	<input type="checkbox"/> BÁSICO								
<input type="checkbox"/> ESSENCIAL	<input type="checkbox"/> ESSENCIAL								
DADOS DOS DEPENDENTES									
<b>01</b>	NOME	DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> OUTROS:									
RG / ÓRGÃO EMISSOR /		CPF	MENSALIDADE TELEFONE ( ) - / ( ) -						
PARENTESCO* <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> FILHO(A) <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO(A) <input type="checkbox"/> ENTEADO(A) <input type="checkbox"/> NETO(A) <input type="checkbox"/> MENOR SOB GUARDA									
E-MAIL		CNS							
NOME DA MÃE		NOME DO PAI							
<b>02</b>	NOME	DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> OUTROS:									
RG / ÓRGÃO EMISSOR /		CPF	MENSALIDADE TELEFONE ( ) - / ( ) -						
PARENTESCO* <input type="checkbox"/> CÔNJUGE <input type="checkbox"/> FILHO(A) <input type="checkbox"/> COMPANHEIRO(A) <input type="checkbox"/> ENTEADO(A) <input type="checkbox"/> NETO(A) <input type="checkbox"/> MENOR SOB GUARDA									
E-MAIL		CNS							
NOME DA MÃE		NOME DO PAI							
<b>03</b>	NOME	DATA DE NASCIMENTO / /	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F						
ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> SOLTEIRO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> VIÚVO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) <input type="checkbox"/> OUTROS:									

RG / ÓRGÃO EMISSOR /	CPF	MENSALIDADE	TELEFONE ( ) - / ( ) -
-------------------------	-----	-------------	---------------------------

**PARENTESCO\***  
 CÔNJUGE  FILHO(A)  COMPANHEIRO(A)  ENTEADO(A)  NETO(A)  MENOR SOB GUARDA

E-MAIL	CNS
--------	-----

NOME DA MÃE	NOME DO PAI
-------------	-------------

<b>VALOR DO TITULAR</b> R\$	<b>VALOR TOTAL DOS DEPENDENTES</b> + R\$	<b>VALOR TAXA DE ADESÃO</b> + R\$	<b>VALOR TOTAL</b> = R\$
--------------------------------	---	--------------------------------------	-----------------------------

**OBSERVAÇÕES**

O BENEFICIÁRIO DEVERÁ JUNTAR CÓPIA DOS RESPECTIVOS DOCUMENTOS: RG, CPF, CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE – CNS, CERTIDÃO DE CASAMENTO OU NASCIMENTO, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA E CONTRACHEQUE.

**DECLARAÇÃO DO BENEFICIÁRIO CONTRATANTE**

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) 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.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) Da proteção de Dados Pessoais – LGPD, conforme anexo.
- 7) Termo de Adesão e Compromisso, conforme anexo.
- 8) Do Guia de Leitura Contratual, conforme anexo.
- 9) Carta de Orientação ao Beneficiário, conforme anexo.

**ANS – nº 34312-9**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Local Data

\_\_\_\_\_ Assinatura do Titular ou Responsável