

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"/> ISENTO							
SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA		PLANO CONTRATADO <table border="0"> <tr> <td>APARTAMENTO</td> <td>ENFERMARIA</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>		APARTAMENTO	ENFERMARIA	<input type="checkbox"/> BETA	<input type="checkbox"/> BÁSICO	<input type="checkbox"/> ESSENCIAL	<input type="checkbox"/> ESSENCIAL
APARTAMENTO	ENFERMARIA								
<input type="checkbox"/> BETA	<input type="checkbox"/> BÁSICO								
<input type="checkbox"/> ESSENCIAL	<input type="checkbox"/> ESSENCIAL								
DADOS DOS DEPENDENTES									
01	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							
02	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							
03	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
-------------	-------------

VALOR DO TITULAR	VALOR TOTAL DOS DEPENDENTES	VALOR TAXA DE ADESÃO	VALOR TOTAL
R\$	+ R\$	+ R\$	= 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