

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* <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	
VALOR DO TITULAR R\$	VALOR TOTAL DOS DEPENDENTES + R\$	VALOR TAXA DE ADESÃO + R\$	VALOR TOTAL = 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				
<p>1) Declaro minha intenção de aderir ao Plano de Assistência Médica da APUB SAÚDE na segmentação Ambulatorial + Hospitalar + Obstetria, 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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>6) Da proteção de Dados Pessoais – LGPD, conforme anexo.</p> <p>7) Termo de Adesão e Compromisso, conforme anexo.</p> <p>8) Do Guia de Leitura Contratual, conforme anexo.</p> <p>9) Carta de Orientação ao Beneficiário, conforme anexo.</p>				
				ANS – nº 34312-9

_____, ____/____/____
Local/UF Data

Assinatura do Titular ou Responsável