

Taxa de Adesão R\$ \_\_\_\_\_

DATA INCLUSÃO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

CONTRATO N.º: \_\_\_\_\_

(  ) Nova Inclusão (  ) Inclusão Dependente

Nome do Contratante: \_\_\_\_\_

**DADOS DO(A) TITULAR**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Cartão SUS: \_\_\_\_\_

Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: (  ) M (  ) F Estado Civil: (  ) Casado (  ) Solteiro (  ) \_\_\_\_\_

Nome da Mãe: \_\_\_\_\_

Telefone 1: \_\_\_\_\_ Telefone 2: \_\_\_\_\_ Total Mens.: R\$: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

**DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Total Mens.: R\$: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Total Mens.: R\$: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Total Mens.: R\$: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_ Total Mens.: R\$: \_\_\_\_\_

**INFORMAÇÕES DO PLANO**

Acomodação: (  ) Semi Privativo (  ) Privativo (  ) Enfermaria

Coparticipação: \_\_\_\_\_ Registro Produto ANS: \_\_\_\_\_

Segmentação: (  ) Ambulatorial (  ) Ambulatório + Hospitalar (  ) Ambulatório + Hospitalar com Obstetrícia.

**DECLARAÇÃO**

Declaro para os devidos fins que, me foi entregue o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde e o Guia de Leitura Contratual.

(  ) Impresso (  ) Mídia Digital

Assinatura do Titular

Assinatura do Vendedor

Assinatura e Carimbo do Responsável da Empresa