



PROPOSTA DE ADESÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA HOSPITALAR

REGISTRO ANS - nº 41.802-1

INFORMAÇÕES DE PROCEDIMENTOS - TIPO DE MOVIMENTAÇÃO

INCLUSÃO

ALTERAÇÃO

INCLUSÃO TITULAR

INCLUSAO DEPENDENTE

CÓDIGO DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO (NÚMERO CARTEIRINHA)

CATEGORIA DO PLANO - COLETIVO POR ADESÃO

STANDARD POP  
nº 404.113/99-5

PREFERENCIAL  
nº 458.385/08-0

EXECUTIVO  
nº 404.115/99-1

PLANO PAI  
nº 454.689/06-0

INFORMAÇÃO DA CONTRATANTE

CÓDIGO DA EMPRESA

NOME DA EMPRESA

CNPJ

TELEFONE

E-MAIL

CONTATO

CARGO

INFORMAÇÃO DO TITULAR

NOME DO PROPONENTE TITULAR CONFORME CONSTA NO REGISTRO CIVIL OU RG (NÃO ABREVIAR)

DATA DE ADMISSÃO NA EMPRESA

CPF

RG

ORGÃO EXPEDIDOR

SEXO  
1 - MASCULINO  
2 - FEMININO

DATA DE NASCIMENTO

ESTADO CIVIL

S - SOLTEIRO  
C - CASADO (A)  
V - VIÚVO  
D - DIVORCIADO  
I - DISQUITADO

MUNICÍPIO DE NASCIMENTO

NOME DA MÃE DO TITULAR CONFORME CONSTA NO REGISTRO CIVIL OU RG (NÃO ABREVIAR)

NÚMERO DO PIS

CNS (NÚMERO DO CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE)

NOME DO PAI DO TITULAR CONFORME CONSTA NO REGISTRO CIVIL OU RG (NÃO ABREVIAR)

LOGRADOURO - RUA, AVENIDA, ETC.

NÚMERO

COMPLEMENTO

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

TELEFONE RESIDENCIAL

CELULAR

INFORMAÇÕES DOS DEPENDENTES

NOME DO DEPENDENTE CONFORME CONSTA NO REGISTRO CIVIL OU RG (NÃO ABREVIAR)

RG

ORGÃO EXPEDIDOR

CPF

NOME DA MÃE CONFORME CONSTA NO REGISTRO CIVIL OU RG (NÃO ABREVIAR)

NOME DO PAI DO TITULAR CONFORME CONSTA NO REGISTRO CIVIL OU RG (NÃO ABREVIAR)

CNS

SEXO

F - FEMININO  
M - MASCULINO

DATA DE NASCIMENTO

GRAU DE PARENTESCO

2 - CONJUGE/COMPANHEIRO  
3 - FILHO 4 - FILHA  
5 - ENTEADO 6 - ENTEADA

NOME DO DEPENDENTE CONFORME CONSTA NO REGISTRO CIVIL OU RG (NÃO ABREVIAR)

RG

ORGÃO EXPEDIDOR

CPF

NOME DA MÃE CONFORME CONSTA NO REGISTRO CIVIL OU RG (NÃO ABREVIAR)

NOME DO PAI DO TITULAR CONFORME CONSTA NO REGISTRO CIVIL OU RG (NÃO ABREVIAR)

CNS

SEXO

F - FEMININO  
M - MASCULINO

DATA DE NASCIMENTO

GRAU DE PARENTESCO

2 - CONJUGE/COMPANHEIRO  
3 - FILHO 4 - FILHA  
5 - ENTEADO 6 - ENTEADA

LOCAL E DATA

CARIMBO CNPJ

ASSINATURA REPRESENTANTE

NOME: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

REGISTRO FUNCIONAL: \_\_\_\_\_

CARGO: \_\_\_\_\_

ASSINATURA PROPONENTE TITULAR

**Titular**

**\* Comprovação de Vínculo Empregaticio**

- Cópia da Carteira de Trabalho (CTPS): Páginas da foto, qualificação civil e página do registro na empresa;
- SEFIP: Cópia do mês anterior da inclusão;
- Cópia do Contrato Social: Inclusão de sócio da empresa contratante;
- Cópia do Contrato de Trabalho.

**\* Declaração de Saúde**

**Dependentes**

**\* Cônjuge:** Cópia Certidão de Casamento e Declaração de Saúde.

**\* Companheiro (a):** Declaração de União Estável ou Declaração Marital e Declaração de Saúde.

**\* Filhos:** Cópia Certidão de Nascimento e Declaração de Saúde.

**\* Recém Nascidos:** Cópia da Certidão de Nascimento e Declaração de Saúde.

**OBS.:** Os Formulários Cadastrais deverão ser enviados para Operadora até a Data-Limite de movimentação, conforme Calendário de Movimentação encaminhado.

**Só serão aceitos os formulários com preenchimento correto de todos os campos, devidamente assinados com cópia da documentação acima.**

**Estarão sendo devolvidos ao Contratante os Formulários que não estiverem preenchidos corretamente ou sem os documentos completos solicitados acima.**