

EMPRESA CONTRATANTE

Razão Social: _____

PLANO DE SAÚDE CONTRATADO

Segmentação:

Para preenchimento caso a empresa possua mais de um plano na mesma segmentação ou para plano exclusivamente odontológico:

Ambulatorial

Hospitalar

Nome do plano: _____

DADOS DO FUNCIONÁRIO

Nome do beneficiário titular: _____ Data de nascimento: ____/____/____

Sexo: M F Nome da mãe: _____

Estado Civil: Solteiro Casado União estável Divorciado Viúvo

CPF: _____ - _____ CNS (Cartão Nacional de Saúde) _____

CEP: _____ - _____

Logradouro(Rua, AV): _____ Nº: _____ Complemento: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____

E-mail do beneficiário: _____ Telefone do beneficiário: _____

Matrícula na empresa: _____ Função: _____ Data admissão: ____/____/____

DADOS DO(S) DEPENDENTE(S)

Parentesco: A Espos(a) B Companheiro(a) C Filho(a) D Enteado(a) E Neto(a) F Tutelado(a)

Inclusão somente de dependente(s) para titular já cadastrado.

		Data de Nasc.	Sexo	Parentesco
1	Nome: _____ CPF: _____ CNS: _____ Nome da mãe: _____	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
2	Nome: _____ CPF: _____ CNS: _____ Nome da mãe: _____	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
3	Nome: _____ CPF: _____ CNS: _____ Nome da mãe: _____	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
4	Nome: _____ CPF: _____ CNS: _____ Nome da mãe: _____	/ /	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Anexar documentação comprobatória de vínculo, conforme RN 195 da lei 9656/98.

Titular: E-Social ou CTPS para funcionários e contrato para estagiários.

Dependentes conforme previsto em contrato: Espos(a), Companheiro(a) - Certidão de Casamento ou União Estável; Filhos(as) - Certidão de Nascimento ou RG; Enteado(s) - Certidão de Nascimento ou RG e vínculo matrimonial da mãe ou pai com o titular; Netos(as) - Certidão de Nascimento - Tutelados(as) - Termo de Guarda.

- Todos os campos são de preenchimento obrigatório. Os dados informados são de responsabilidade da empresa contratante.

- A efetivação da solicitação está condicionada ao correto preenchimento do formulário.

- A validade da Proposta de Adesão será de 30 dias, contados a partir da data de preenchimento/assinatura do beneficiário.

- Absorção de carências conforme regras da Operadora e mediante documentação comprobatória anexada.

- É obrigatório o envio da Carta de Orientação ao Beneficiário e Declaração de Saúde, EXCETO para inclusão de: Beneficiários vinculados a contratos com 30 vidas ou mais, em até 30 dias da admissão na empresa; Recém-nascido cadastrado nos primeiros 30 dias do nascimento; Plano exclusivamente odontológico (Odonto Flex).

Declaramos para os devidos fins que o Proponente Beneficiário Titular é funcionário, e que os dependentes declarados possuem vínculos legais com o mesmo.

Local

Data

Data

Assinatura do contratante

Assinatura do Beneficiário

Recebimento da Doctor Clin