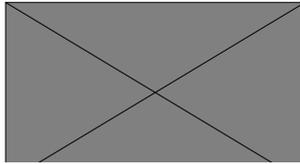




**GRUPO  
CABERJ**  
Gestão profissional em saúde

ANS nº 415774



## Contrato de Adesão

Contrato de plano de saúde coletivo por adesão

Início da vigência do benefício:

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_

Entidade:

\_\_\_\_\_

### PROPONENTE TITULAR

Nome completo:

\_\_\_\_\_

(continuação)

\_\_\_\_\_

Nome da mãe:

\_\_\_\_\_

Data de nascimento:

Sexo:

Estado civil:

Naturalidade (cidade, estado e país)

\_\_\_\_\_

PIS / PASEP:

RG:

Órgão emissor:

CPF:

\_\_\_\_\_

Endereço residencial completo (endereço para cobrança [ ])

\_\_\_\_\_

CEP:

Cidade:

UF:

\_\_\_\_\_

Telefone residencial:

Telefone celular:

Telefone comercial:

E-mail:

\_\_\_\_\_

Endereço comercial completo (endereço para cobrança [ ])

\_\_\_\_\_

CEP:

Cidade:

UF:

\_\_\_\_\_

Profissão / formação:

Cargo / função / ocupação:

\_\_\_\_\_

Nº de registro / inscrição na entidade:

Nº de registro / inscrição no conselho regional / federal (quando aplicável)

\_\_\_\_\_

### EMPRESA

Razão Social:

\_\_\_\_\_

CNPJ:

Ramo de atividade:

\_\_\_\_\_

Sindicato:

\_\_\_\_\_

### DEPENDENTES

1 | Nome completo:

\_\_\_\_\_

Data de nascimento:

Sexo:

Estado civil:

Parentesco:

CPF:

\_\_\_\_\_

Nome da mãe:

\_\_\_\_\_

2 | Nome completo:

\_\_\_\_\_

Data de nascimento:

Sexo:

Estado civil:

Parentesco:

CPF:

\_\_\_\_\_

Nome da mãe:

\_\_\_\_\_

3 | Nome completo:

\_\_\_\_\_

Data de nascimento:

Sexo:

Estado civil:

Parentesco:

CPF:

\_\_\_\_\_

Nome da mãe:

\_\_\_\_\_

4 | Nome completo:

\_\_\_\_\_

Data de nascimento:

Sexo:

Estado civil:

Parentesco:

CPF:

\_\_\_\_\_

Nome da mãe:

\_\_\_\_\_

5 | Nome completo:

\_\_\_\_\_

Data de nascimento:

Sexo:

Estado civil:

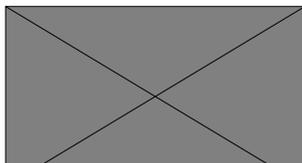
Parentesco:

CPF:

\_\_\_\_\_

Nome da mãe:

\_\_\_\_\_



## Contrato de Adesão

Contrato de plano de saúde coletivo por adesão

### PLANO PRETENDIDO

Todos os dependentes serão cadastrados na mesma categoria de plano do proponente titular.

**PLANO BÁSICO PLUS**

cód.:  
**Padrão de acomodação em internação:** coletivo.  
**Segmentação assistencial:** ambulatorial + hospitalar com obstetria.  
**Abrangência geográfica:** nacional.

**PLANO EXECUTIVO PLUS**

cód.:  
**Padrão de acomodação em internação:** individual.  
**Segmentação assistencial:** ambulatorial + hospitalar com obstetria.  
**Abrangência geográfica:** nacional.

**PLANO PLENO PLUS**

cód.:  
**Padrão de acomodação em internação:** individual.  
**Segmentação assistencial:** ambulatorial + hospitalar com obstetria.  
**Abrangência geográfica:** nacional.

**PLANO MAXIMUS PLUS**

cód.:  
**Padrão de acomodação em internação:** individual.  
**Segmentação assistencial:** ambulatorial + hospitalar com obstetria.  
**Abrangência geográfica:** nacional.

### PRODUTO OPCIONAL

**PLANO ODONTOLÓGICO**

[Informações... \(?\)](#)

cód.:

### VALOR POR PROPONENTE

| IDADE                     | VALOR EM R\$ |
|---------------------------|--------------|
| TITULAR                   |              |
| DEPENDENTE 1              |              |
| DEPENDENTE 2              |              |
| DEPENDENTE 3              |              |
| DEPENDENTE 4              |              |
| DEPENDENTE 5              |              |
| <b>VALOR TOTAL EM R\$</b> |              |

**ATENÇÃO:** Os valores indicados ao lado sofrerão alteração caso haja reajuste anual da apólice coletiva ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta proposta e a data da sua 1ª (primeira) cobrança, observando o disposto no item 17 da página 4 desta proposta. O valor total deverá ser pago mensalmente.

### REEMBOLSO

Opção de conta-corrente bancária do proponente titular para depósito de reembolso pela Operadora:

Nº do banco Banco Nº da agência DV Nº da conta-corrente DV

### COBRANÇA

Escolha a opção de pagamento do benefício de acordo com a sua conveniência:

**Débito automático em conta-corrente**

Vencimento todo dia \_\_\_\_ de cada mês. Autorizo a administradora de benefícios a proceder ao débito automático mensal em minha conta-corrente bancária indicada abaixo, nos valores pactuados, **acrescidos de cobrança de tarifa bancária\***.

Nº do banco Banco Nº da agência DV Nº da conta-corrente DV

**Boleto bancário**

Vencimento todo dia \_\_\_\_ de cada mês, nos valores pactuados, **acrescidos de cobrança de tarifa bancária\***.

\* Caso o pagamento seja feito diretamente nos postos ou centrais de atendimento pessoal da administradora de benefícios, não haverá cobrança de tarifa bancária.

### TAXA DE CADASTRAMENTO E IMPLANTAÇÃO

A taxa de cadastramento e implantação equivale ao valor abaixo, sendo integralmente arrecadada pelo angariador no ato da subscrição desta proposta. Em caso de não-aceitação da proposta, essa taxa será integralmente devolvida pelo angariador ao proponente titular.

**ATENÇÃO:** O pagamento da taxa de cadastramento e implantação não se confunde, isenta, exclui ou substitui o pagamento da 1ª (primeira) cobrança do benefício, que dará direito às coberturas decorrentes desta proposta.

**VALOR TOTAL EM R\$**

### AUTORIZAÇÃO PARA ENVIO DE INFORMAÇÕES

Desejo receber informações sobre o benefício contratado, bem como mensagens com ofertas de novos serviços e benefícios, disponibilizadas através de e-mail e/ou SMS.

Não desejo receber tais informações e mensagens e, portanto, não autorizo o seu envio, via e-mail e/ou SMS.

**Declaro que as informações aqui prestadas e os documentos apresentados são absolutamente verdadeiros e completos, e me responsabilizo civil e criminalmente por eles.**

Local \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.  
Data

Assinatura do proponente titular (passível de reconhecimento em cartório)