

**PROPOSTA DE ADESAO
DECLARAÇÃO DE SAUDE**

☒ SEGURO NOVO

☐ ENDOSSO DE INCLUSÃO DE TITULAR/FAMÍLIA

☐ ENDOSSO DE INCLUSÃO DE DEPENDENTES NO SEGURO

NÚMERO

75 -

SUCURSAL/CÓDIGO

CORRETOR		SUSEP	
Vida Segura Cor. de Leg. Curitiba		Nº 00001	
ESTIPULANTE		PROPRIETÁRIO/TITULAR	
Inst. Med. Rec. Com.		Nº DO ESTIPULANTE 6244384	
NOME COMPLETO (*)		Nº DO SUBESTIPULANTE 20216	
TAINA FARAH DOMINGUES		UNIDADE J	
R.G.		CPF (*)	
39132575-9 SSP		4425780981-17	
IDADE		DATA DE EXPEDIÇÃO (*)	
23		23/06/18	
SEXO (*)		SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O N° DO PASSAPORTE OU DA CARTEIRA CIVIL (*)	
Feminino			
ESTADO CIVIL (*)		DATA DE NASCIMENTO (*)	
Solteira		23/06/1995	
E-MAIL		CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*)	
tainafarah@gmail.com		898001496624814	
ENDEREÇO COMPLETO (*)		N° (*)	
Rua Campo Largo		156	
BAIRRO (*)		COMPLEMENTO	
Vila Bertioga		Ap 12	
CIDADE (*)		(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (*)	
São Paulo			
UF (*)		REGISTRO FUNCIONAL	
SP		08186-010	
CEP (*)		TEM PLANO DE SAÚDE ANTERIOR? QUAL? HÁ QUANTO TEMPO?	
PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*)		DATA DE ADMISSÃO (*)	
Psicóloga		22/10/2018	
FAIXA DE COPARTICIPAÇÃO		REGISTRO FUNCIONAL	
Plano III			
PIS/PASEP (*)		NOME DA MÃE (*)	
26941305-52-3		MARIA CRISTINA FARAH DOMINGUES	
RESPONSÁVEL LEGAL (Preencher quando o proponente/titular for menor de idade)			
NOME COMPLETO (*)			
CPF (*)			
GRAU DE PARENTESCO (*)			
PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*)			
R.G. (*)			
ÓRGÃO EMISSOR/UF (*)			
DATA DE EXPEDIÇÃO (*)			
N° (*)			
COMPLEMENTO			
ENDEREÇO COMPLETO (*)			
BAIRRO (*)			
CIDADE (*)			
UF (*)			
CEP (*)			
(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (*)			
DEPENDENTES			
SEXO: M - MASCULINO F - FEMININO ESTADO CIVIL: 1 - SOLTEIRO 2 - CASADO 3 - VIÚVO 4 - DIVORCIADO/SEPARADO PARENTESCO: 2 - CÔNJUGE 3 - FILHO 4 - DEPENDENTES ESPECIAIS			
DEPENDENTE 1 (*)			
DATA DE NASCIMENTO (*)			
IDADE			
SEXO (*)			
ESTADO CIVIL (*)			
GRAU DE PARENTESCO (*)			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*)			
NÚMERO DA DECLARAÇÃO DO NASCIDO VIVO			
PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*)			
CPF (*)			
RG (*)			
ÓRGÃO EMISSOR/UF (*)			
DATA DE EXPEDIÇÃO (*)			
N° (*)			
COMPLEMENTO			
ENDEREÇO COMPLETO (*)			
BAIRRO (*)			
CIDADE (*)			
UF (*)			
CEP (*)			
(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (*)			
NOME DA MÃE (DEPENDENTE 1) (*)			
TEM PLANO DE SAÚDE ANTERIOR? QUAL? HÁ QUANTO TEMPO?			
DEPENDENTE 2 (*)			
DATA DE NASCIMENTO (*)			
IDADE			
SEXO (*)			
ESTADO CIVIL (*)			
GRAU DE PARENTESCO (*)			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*)			
NÚMERO DA DECLARAÇÃO DO NASCIDO VIVO			
PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*)			
CPF (*)			
RG (*)			
ÓRGÃO EMISSOR/UF (*)			
DATA DE EXPEDIÇÃO (*)			
N° (*)			
COMPLEMENTO			
ENDEREÇO COMPLETO (*)			
BAIRRO (*)			
CIDADE (*)			
UF (*)			
CEP (*)			
(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (*)			
NOME DA MÃE (DEPENDENTE 2) (*)			
TEM PLANO DE SAÚDE ANTERIOR? QUAL? HÁ QUANTO TEMPO?			
DEPENDENTE 3 (*)			
DATA DE NASCIMENTO (*)			
IDADE			
SEXO (*)			
ESTADO CIVIL (*)			
GRAU DE PARENTESCO (*)			
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*)			
NÚMERO DA DECLARAÇÃO DO NASCIDO VIVO			
PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (*)			
CPF (*)			
RG (*)			
ÓRGÃO EMISSOR/UF (*)			
DATA DE EXPEDIÇÃO (*)			
N° (*)			
COMPLEMENTO			
ENDEREÇO COMPLETO (*)			
BAIRRO (*)			
CIDADE (*)			
UF (*)			
CEP (*)			
(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (*)			
NOME DA MÃE (DEPENDENTE 3) (*)			
TEM PLANO DE SAÚDE ANTERIOR? QUAL? HÁ QUANTO TEMPO?			

PARA USO DA SEGURADORA

Importante:
As informações cadastrais aqui prestadas fazem parte integrante da Proposta de Adesão. É obrigatória a assinatura e o preenchimento do campo "local e data de preenchimento" pelo proponente titular e/ou seu representante legal na Proposta de Adesão, Declaração de Saúde e Carta de Orientação ao Beneficiário, sendo que o local, data e assinatura devem ser iguais em ambos os documentos, assim como a informação de local e data feita pelo Corretor, intermediário responsável pela venda.
O documento não terá aceitação se as informações descritas acima não estiverem devidamente preenchidas ou apresentarem qualquer rasura ou modificação da forma e conteúdo, ou ainda, se não houver o(s) esclarecimento(s) pertinente(s) para o(s) item(ns) preenchido(s) positivamente.

(*) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO (**) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA MAIORES DE 18 ANOS

(**) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO EM ATENDIMENTO À RN 117/2005. A NÃO INFORMAÇÃO DESTES DADOS PODERÁ SER ALVO DE NOTIFICAÇÃO À ANS, ACERCA DA NÃO OBTENÇÃO DOS DADOS.

CARTA DE ORIENTAÇÃO AO BENEFICIÁRIO



Prezado(a) Beneficiário(a),

A **Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS)**, instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da **DECLARAÇÃO DE SAÚDE**.

O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, **DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO**.

AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora **NÃO** poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.
- A operadora deverá oferecer: cobertura total ou **COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT)**, podendo ainda oferecer o Agravado, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.
- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc. *) **EXCLUSIVAMENTE** relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado.
- **NÃO** haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato.
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:

- A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.
- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá **RESCINDIR** o contrato por **FRAUDE** e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada.
- Até o julgamento final do processo pela ANS, **NÃO** poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

ATENÇÃO! Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - **NÃO** é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade - PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone **0800-701-9656** ou consulte a página da ANS - **www.ans.gov.br - Perfil Beneficiário**.

Beneficiário:

Intermediário entre a operadora e o beneficiário:

São Paulo, 22 / 10 / 2018
Local Data

São Paulo, 22 / 10 / 2018
Local Data

Nome: Lauro Luiz Domingues

Nome: Maria Valdirene dos Anjos

Ass: Lauro Luiz Domingues

CPF: 266.439.748-60

ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR OU RESPONSÁVEL

LEGAL QUANDO MENOR DE 18 ANOS

Ass: [Assinatura]

PROPOSTA DE ADESAO
DECLARAÇÃO DE SAÚDE

NÚMERO

75 -

SUCURSAL/CÓDIGO

NOME COMPLETO DO PROPONENTE TITULAR

TAINA PARANHIO MINGUES

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

ITEM	Resposta de PRÓPRIO PUNHO as perguntas a seguir, com "S" Sim e "N" Não, considerando a si e a todos os dependentes que farão parte do seguro. Existindo alguma resposta afirmativa, mencionar detalhes no campo "Eslarecimentos".	PROPONENTES			
		TIT.	DEP. 1	DEP. 2	DEP. 3
1	VOCÊ TEM ALGUMA DOENÇA? QUAL?	N			
2	VOCÊ PRECISA FAZER ALGUMA CIRURGIA EM RAZÃO DE DOENÇA JÁ DE SEU CONHECIMENTO? QUAL? QUANDO?	N			
3	VOCÊ PRECISA FAZER EXAME RADIOLÓGICO (RX, ULTRASSONOGRAFIA, TOMOGRAFIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA, ESPECTROSCOPIA, CINTILOGRAFIA) PARA MELHOR APURAR ALGUMA DOENÇA JÁ DE SEU CONHECIMENTO?	N			
4	COM RELAÇÃO A CIRURGIAS OU INTERNAÇÕES. HÁ ALGO A DECLARAR?	N			
5	ALGUMA DOENÇA COMO INFARTO, ANGINA, VARIZES, HIPERTENSÃO ARTERIAL, DOENÇA DE CHAGAS, AVC ("DERRAME"), ESCLEROSE MÚLTIPLA, PROBLEMAS CARDÍACOS OU PULMONARES?	N			
6	ALGUMA DOENÇA DOS RINS, BEXIGA, PRÓSTATA, MAMAS, ÓRGÃOS GENITAIS, CÁLCULOS?	N			
7	ALGUMA DOENÇA DOS OLHOS (DEFINIR O GRAU), OUVIDOS (OTOSCLEROSE, SURDEZ) OU GARGANTA?	S			
8	ALGUMA DOENÇA DA TIREÓIDE, GOTA, DIABETES, EPILEPSIA, PROBLEMAS GÁSTRICOS, DOENÇAS INTESTINAIS (DOENÇA DE CROHN, RETOCOLITE ULCERATIVA INESPECÍFICA), DOENÇA DO FÍGADO (CIRROSE, HEPATITE), TUMORES OU CÂNCER? REALIZA ALGUM TRATAMENTO? QUAL?	N			
9	ALGUMA DOENÇA DAS ARTICULAÇÕES (JOELHOS, OMBROS, BACIA), DA COLUNA VERTEBRAL, ARTRITES, REUMATISMO, LÚPUS, OSTEOPOROSE, ESPONDILITE ANQUILOSANTE, ARTRITE REUMATÓIDE? NECESSITA DE TRATAMENTO? QUAL?	N			
10	ALGUMA DOENÇA COMO ANEMIAS, LEUCEMIA, LINFOMAS, DOENÇA DE HODGKIN, HEPATITES, INFECÇÕES ASSOCIADAS AO HIV OU DOENÇAS TROPICAIS (MALÁRIA, ENTRE OUTRAS)?	N			
11	É PORTADOR DE OBESIDADE? NECESSITA DE TRATAMENTO? QUAL? QUANDO?	N			
12	ALGUMA DOENÇA NÃO IDENTIFICADA ACIMA, QUE OBRIGUE A CONSULTAR UM MÉDICO, FAZER EXAMES OU TRATAMENTOS PERIÓDICOS? ESCLAREÇA.	N			
13	MULHERES: ESTÁ GRÁVIDA? (SE SIM, MENCIONAR QUANTOS MESES).	N			
14	QUAL O SEU PESO ATUAL? (ANOTAR EM CADA QUADRO).	42			
15	QUAL A SUA ALTURA ATUAL? (ANOTAR EM CADA QUADRO).	1,41			

PARA EVENTUAIS ESCLARECIMENTOS SOBRE A DECLARAÇÃO DE SAÚDE É IMPRESCINDÍVEL INFORMAR

TELEFONE CONTATO (COM, CEL., ETC)

NOME E TELEFONE DO SEU MÉDICO (CASO ESTEJA EM TRATAMENTO OU ACOMPANHAMENTO)

ESCLARECIMENTOS

ITEM	PROP.
1	TIT miopia - 2 graus

INFORMAÇÕES IMPORTANTES

1. No preenchimento dessa declaração, o consumidor tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora, ou por um de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.

☐ preenchido pelo próprio Proponente

☐ preenchido pelo Médico Orientador (necessário assinatura sob carimbo com nome completo e CRM)

2. A declaração de saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que o consumidor tenha conhecimento no momento da assinatura do contrato, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes.

3. Definições:

a) Cobertura Parcial Temporária é aquela que admite, por um período ininterrupto de até 24 meses, a partir da data da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, a suspensão da cobertura de Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos, desde que relacionados exclusivamente às doenças ou lesões preexistentes declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal;

b) Agravo é qualquer acréscimo no valor da contraprestação paga ao plano privado de assistência à saúde, para que o beneficiário tenha direito integral à cobertura contratada, para a doença ou lesão preexistente declarada, após os prazos de carências contratuais, de acordo com as condições negociadas entre a operadora e o beneficiário.

4. Nenhuma cobertura poderá ser negada ao consumidor para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a operadora apresente as provas concretas junto à ANS de que o consumidor omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta declaração. Até decisão da ANS não haverá suspensão do contrato nem do atendimento.

5. A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do contrato. Nesse caso, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da operadora alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE TITULAR/RESPONSÁVEL LEGAL

Declaro estar ciente das implicações legais inerentes à Lei 9.656/98 bem como as decorrentes da omissão, inexistência ou erro das informações aqui prestadas de acordo com o disposto na Resolução Normativa nº 162/07 da Agência Nacional de Saúde Suplementar e no art. 766 do Código Civil onde "se o Segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa de prêmio, perderá o direito à garantia além de ficar obrigado ao prêmio vencido".

Concordo em realizar, quando solicitado pela Seguradora, exames ou entrevista médica (pessoalmente ou por telefone), com a finalidade de complementar as informações aqui prestadas.

LOCAL E DATA DE PREENCHIMENTO

ASSINATURA/CARIMBO DA EMPRESA

ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR OU RESPONSÁVEL LEGAL QUANDO MENOR DE 18 ANOS

Importante:

As informações cadastrais aqui prestadas fazem parte integrante da Proposta de Adesão. É obrigatória a assinatura e o preenchimento do campo "local e data de preenchimento" pelo proponente titular e/ou seu representante legal na Proposta de Adesão, Declaração de Saúde e Carta de Orientação ao Beneficiário, sendo que o local, data e assinatura devem ser iguais em ambos os documentos, assim como a informação de local e data feita pelo Corretor, intermediário responsável pela venda.

O documento não terá aceitação se as informações descritas acima não estiverem devidamente preenchidas ou apresentarem qualquer rasura ou modificação de forma e conteúdo, ou ainda, se não houver o(s) esclarecimento(s) pertinente(s) para o(s) item(ns) preenchido(s) positivamente.

Informações/ Solicitações de serviços/ Senhas: 011 3366.3003 (Grande São Paulo) 0800.727.2800 (Demais localidades)
SAC: 0800.727.2762 (Reclamação, cancelamento e informação) - ouvidoria.saude@portoseguro.com.br 0800.727.8736 (Atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) ou acesse: www.portoseguro.com.br

MINISTÉRIO DA FAZENDA



Receita Federal
Cadastro de Pessoas Físicas



COMPROVANTE DE INSCRIÇÃO

Número

442.578.098-17

Nome

TAINA FARAH DOMINGUES

Nascimento

23/06/1995

VÁLIDO SOMENTE COM COMPROVANTE DE IDENTIFICAÇÃO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

8400-4

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO RICARDO GUMESLTON DAUNT

5830394F

POLEGAR DIREITO

Larainá Farah Domingues

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 39.132.575-9 2 via

DATA DE EXPEDIÇÃO 23/06/2018

NOME TAINÁ FARAH DOMINGUES

FILIAÇÃO ODAIR VAZ DOMINGUES
MARA CRISTINA FARAH DOMINGUES

NATURALIDADE S. PAULO - SP

DATA DE NASCIMENTO 23/06/1995

DOC. ORGEM SÃO PAULO-SP 30. SUB. - IBIRAPUERA CN/LV A264/FL SP169/
N.134385

CNH 442578098/17

26791305523

Carreira Policial
Delegado de Polícia Estadual - IBCO-SP-SP

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/09/83

NÃO PLASTIFICAR

* REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL *

ESTADO DE SAO PAULO

300. SUBDISTRITO DO MUNICIPIO E COMARCA DA CAPITAL

* OFICIO DE REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS *

* JULIO GUILGER SIMÕES *

Serventuário

CERTIDÃO DE NASCIMENTO

LIVRO: A-264 FOLHA: 169 TERMO: 134385

CERTIFICO E DOU FE, QUE HOJE, no livro, folha e termo acima mencionados, foi registrado o nascimento de TAINÁ FARAH DOMINGUES, de sexo feminino, ocorrido em 23 de junho de 1995, às 8:12 horas, no Hospital Israelita Albert Einstein, neste subdistrito, filha de ODAIR VAZ DOMINGUES e de MARA CRISTINA FARAH DOMINGUES. São seus avós paternos JOÃO VAZ DOMINGUES / ANTÔNIA RIBEIRO DOMINGUES e maternos ANTÔNIO FARAH MIGUEL / MARIA CONCEPCION FARAH. O nascimento foi declarado pelo pai. OBSERVAÇÕES: Não há / / / / Nada mais, dou fe. Transcrito em breve relatório. São Paulo, 24 de junho de 1995. Eu, Deyse de Moura Guimarães Silva, 2a. Substituta, a extraí, conferi e assino.

Deyse de Moura Guimarães Silva
Deyse de Moura Guimarães Silva
2a. Substituta

TABELÃO DE IBIRAPUERA

Reconheço a firma supra de Deyse de Moura Guimarães Silva e dou fe.

São Paulo, 24/06/1995**

Em test. da verdade

João Carlos O. Simões
João Carlos O. Simões
1o. substituto

Emolumentos e custas pagas no ato do registro

Av. Nova Independência, 51 -Brooklin- CEP 04570/000 - Tel. 533.57.44

R\$ 79,24

VENCIMENTO

25/09/2018

EMIÇÃO: 07/09/2018

POSTAGEM: 17/09/2018

FATURA: 3512271806

CLIENTE: 1.70029364

CPF/CNPJ: 44257809817

ACESSO: 11 94270-2020

DÉBITO AUTOMÁTICO: 00000009124660159018

TAINA FARAH DOMINGUES
CAMPO LARGO, 156, APT012
VILA BERTIOGA
03186-010 - SAO PAULO - SP

IMPORTANTE PARA TAINA

Acesso 11942702020 encontra-se desativado.

RESUMO DA SUA CONTA DE 07/AGO A 06/SET

SERVIÇOS

VALOR



Oferta TIM Pós A Plus

R\$ 77,39



COBRANÇAS DE OUTRAS OPERADORAS

R\$ 1,85

VEJA ABAIXO O RESUMO DA SUA CONTA PARA O NÚMERO: 11 94270-2020

MENSALIDADES

Conteúdo que seu plano oferece

Oferta TIM Pós A Plus (082/PÓS/SMP)

5 GB de Internet

Minutos locais e DDD com 41

5GB de Internet para Vídeo

TIM Music

TIM Banca Virtual

TIM Backup 30GB

FRANQUIA	CONSUMO	QUANTIDADE	Nº DIAS	PERÍODO	VALOR
-	-	1	20	07/08 a 26/08	77,39
6GB	5GB	1	20	07/08 a 26/08	Incluído
Ilimitado	15m54s	1	20	07/08 a 26/08	Incluído
-	-	1	20	07/08 a 26/08	Incluído
-	-	1	20	07/08 a 26/08	Incluído
-	-	1	20	07/08 a 26/08	Incluído
-	-	1	20	07/08 a 26/08	Incluído
Total de Mensalidades					77,39

MAIS DETALHES DA SUA CONTA

Você pode ver sua conta detalhada sempre que desejar, com toda a comodidade e segurança, no App Meu TIM. Para acessá-la, visite www.appmeutim.com.br do seu celular TIM. Central de Atendimento: 1056

POSTO TIM	ALÍQUOTA	BASE DE CÁLCULO	VALOR	FUST: R\$ 0,39
RS	25%	R\$ 55,02	R\$ 13,76	FUNTEL: R\$ 0,20
/COFINS - Serviços Telecom	3,65%			
/COFINS - Serviços Não Telecom	9,25%			

atendimento à Lei 12.743/2012
contribuições ao FUST (1%) e FUNTEL (0,5%) não são repassados às tarifas

Informações Complementares - Plano(s) e Serviços de Valor Adicionado (SVA)

Incluídos no(s) Plano(s)	
Franquia(s)	R\$ 55,02
SVA	R\$ 22,37
Desconto(s) Franquia(s)	R\$ 0,00
Desconto(s) SVA	R\$ 0,00



Para sua comodidade, cadastre sua conta em débito automático, em seu banco, utilizando o número de identificação indicado neste boleto. Para mais informações, ligue para o central de atendimento TIM.

NOME DO CLIENTE

TAINA FARAH DOMINGUES

IDENTIFICAÇÃO DE DÉBITO AUTOMÁTICO
00000009124660159018

MÊS DE REFERÊNCIA
SET/2018

DATA DE EMISSÃO
07/09/2018

DATA DE VENCIMENTO
25/09/2018

VALOR
R\$ 79,24

VIA BANCO

84670000000-9 79240109011-5 00351227180-4 60124660159-0

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA



FICHA DE REGISTRO DE EMPREGADO

Página 1/2



Nome Funcionário : TAINA FARAH DOMINGUES

Data Admissão : 22/10/2018

Nº Registro : 68

Dados da Empresa

Razão Social : INST MED PROC ARMAZ DE CELULAS TRONCO

Nome Fantasia : CORDVIDA

Endereço : Rua RUA ALVARENGA

Bairro : BUTANTA

Cidade : SAO PAULO

Cod. Munic.:

Nº : 2226

C.N.P.J/C.E.I : 05.845.263/0001-15

Cod. Atividade: 8640214

Compl. :

Estado : SP

Cep : 05509-006

Dados do Empregado

Dados Pessoais Empregado

Nome Mãe : MARA CRISTINA FARAH DOMINGUES

Nome Pai : ODAIR VAZ DOMINGUES

Est. Civil : Solteiro(a) **Nat.:** São Paulo

Estado : SP **Nacionalidade :** Brasileira

Data de Nascimento : 23/06/1995 **Sexo :** Feminino **Instrução :** Superior completo

Nº : 156 **Compl. :** APTO 12

Endereço : R Campo Largo

Bairro : Vila Bertogã

Cidade : São Paulo

Estado : SP **Cep :** 03186-010

Dados Funcionais

Salário Admissão : R\$ 1.830,42

Cargo Admissão : DIVULGADORA CIENTIFICA JR

Data exame médico : 15/10/2018

Horas Semanais : 44

Horas Mensais : 220

Forma de pago : Mensalista

Local :

Depto : COMERCIAL

Setor :

Seção :

Documentos

CTPS : 00010892/00431/SP

Data Expedição : 11/12/2014 **PIS :** 26791305523

Data Cadastro : 26/08/2016

RG : 39.132.575-9

Data cadastro : 23/06/2018

Orgão Expedidor : Secretaria de Segurança Pública

UF : SP

Habilitação :

Categoria :

Data do Vencimento :

Doc. Militar :

Nro Doc Militar :

Cat Doc Militar :

Título Eleitor : 409291070124

Zona : 004

Seção : 0157

CPF : 442.578.098-17

Dados Estrangeiros

CTPS : / /

Data Expedição :

Validade :

RNE :

Validade :

Tipo de Visto :

Horário

Dias da Semana	Horário de Trabalho		Intervalo para Repouso e Alimentação	
Segunda	08:00	às 18:00	12:00	às 13:12
Terça	08:00	às 18:00	12:00	às 13:12
Quarta	08:00	às 18:00	12:00	às 13:12
Quinta	08:00	às 18:00	12:00	às 13:12
Sexta	08:00	às 18:00	12:00	às 13:12
Sábado				
Domingo				

Situação Perante o FGTS

É optante: SIM

Data Opção: 22/10/2018

Data Retratação:

Banco Depositário:

Outros Dados

Nome do Conselho Regional :

Sigla do Conselho Regional :

Numero Conselho Regional :

Região :

FICHA DE REGISTRO DE EMPREGADO

Página 2/2

Nome Funcionário : TAINA FARAH DOMINGUES

Data Admissão : 22/10/2018

Nº Registro : 68

OBSERVAÇÕES

Funcionário admitido com a condição
de poder ser transferido para qualquer
localidade onde a empregadora exerça
atividades.

Data de Admissão : 22/10/2018

Data de Demissão :

Taina Farah Domingues

TAINA FARAH DOMINGUES

TAINA FARAH DOMINGUES