

PROPOSTA DE ADESÃO INDIVIDUAL/FAMILIAR

Proposta / Contrato - Número

PFE 2099624

ANS - nº 38.525-5

TIPO DE CONTRATAÇÃO Individual Familiar**Categoria do Plano**

Enfermaria		Legenda	Matrícula
EXECUTIVO 100 INDIVIDUAL/FAMILIAR ENFERMARIA - ABCDMR/SP	A.N.S. Nº 478.739/17-1	Sexo : F=Feminino M=Masculino Estado Civil : 01-Solteiro 02-Casado 03-Outros Parentesco : 01-Conjuge 02-Filho 03-Pais 04-Companheiro 05-Outros	108183
		Aditivo nº Tabela nº	

Usuário TITULAR

Nome: ANA PAULA SANTOS DE ALMEIDA	Data de Nascimento: 25/10/19	Sexo: F	Est. Civil: Solteiro	Mensalidade do Titular - R\$ 131,17
Nome da Mãe: ANA PAULA SANTOS DE ALMEIDA	RG: 32339891-8	CPF: 9867187812		
Nome do responsável (Caso o titular ser menor de idade ou não ser responsável financeiramente)				

Dados do Titular

Ocupação:	RG:	C.P.F.: 57857282812	Nº da Certidão de Nascido Vivo:	
Endereço Residencial: R. BELEM			Nº: 374	Apto.:
Bairro: PLANALTO	CEP: 09402670	Cidade: Ribeirão Preto		Bloco:
(DDD) Telefone Residencial: 1951277419	(DDD) Telefone Comercial:	Ramal:		Complemento:
Endereço de Correspondência:				
Bairro:	CEP:	Cidade:		
Email:			Nº do Cartão do SUS: 819800373818548024	

Dados dos usuários dependentes

Nome: 01	Data de Nascimento	Sexo	Est. Civil	Parent	Valor da Mensalidade R\$
Nome da Mãe:	CPF. Dependente				Outros Serviços
Nº da Certidão de Nascido Vivo:	Nº do Cartão do SUS:				
Name: 02	Data de Nascimento	Sexo	Est. Civil	Parent	Valor da Mensalidade R\$
Nome da Mãe:	CPF. Dependente				Outros Serviços
Nº da Certidão de Nascido Vivo:	Nº do Cartão do SUS:				
Name: 03	Data de Nascimento	Sexo	Est. Civil	Parent	Valor da Mensalidade R\$
Nome da Mãe:	CPF. Dependente				Outros Serviços
Nº da Certidão de Nascido Vivo:	Nº do Cartão do SUS:				
Name: 04	Data de Nascimento	Sexo	Est. Civil	Parent	Valor da Mensalidade R\$
Nome da Mãe:	CPF. Dependente				Outros Serviços
Nº da Certidão de Nascido Vivo:	Nº do Cartão do SUS:				

Declaração de recebimento de posse

01. Declaro, para os devidos fins e efeitos, que estou ciente e de acordo com todas as condições contratuais, não tendo quaisquer dúvidas com relação à sua aplicação e que eventual redução de carências, não alterará as demais condições contratuais.
 02. Declaro estar ciente, **nos termos que estabelece o artigo 13 da lei 9656/98**, também, que tenho conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência e que o mesmo me foi oferecido, sendo a minha opção pela contratação do plano referido nesta proposta.

DECLARO QUE ENTRE AS OPÇÕES DE CATEGORIA DE PLANO OFERECIDO, INDICO MINHA OPÇÃO CONFORME ESPECIFICADO NAS CONDIÇÕES GERAIS DO PRESENTE CONTRATO AS QUAIS ME FORAM APRESENTADAS E TENHO CONHECIMENTO. INTEGRAM ESSE CONTRATO O MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE(MPS) E O GUIA DE LEITURA CONTRATUAL(GLC).

06/11/19

Data da adesão

Ana Paula Santos de AlmeidaAssinatura do Titular
(ou responsável)**Redução de carência**

Em se tratando de migração de outra operadora, informar os dados abaixo, anexar os 3 últimos pagamentos.

Aproveitamento / redução de carência sujeito a aprovação e critério da UNIHOSP SAÚDE LTDA.

01. Nome do plano original	02. Número Contrato	03. Início	04. Valor última Mensalidade	Tempo de Plano(meses)	Itens tabela de redução
/	/				

Recibo

Valor total por extenso CENTOE TRINTA E UM Reais e DEZESSETE CENTAVOS	Total da Mensalidade	131,17
---	----------------------	---------------

Nome da Plataforma	Código da Plataforma	Nome do Gerente	Código do Gerente
EXCELENCIA SEGUROS	5590		
Nome do Corretor	Código do Corretor	Telefone	E-mail
CLEBER	5590	971274060	
Nome do Supervisor	Código do Supervisor	Data da Aprovação	

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 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 de 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 impedir-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 Agravo, 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 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 DE 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 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.

USUÁRIO TITULAR ou REPRESENTANTE LEGAL do

Usuário Titular (quando este for menor de 18 anos ou incapaz). Intermediário entre a operadora e o beneficiário

Rib. Pires 06/11/19

Local

Data

Rib. Pires 06/11/19

Local

Data

Nome: ANA PAULA S. DE ALMEIDA

Nome: CLEBER LOERA

Assinatura:

CPF: 25947545-70

Assinatura:

IMPORTANTE: Este documento será considerado inválido se possuir qualquer tipo de rasura.

De acordo com Lei 9.656/98, Resoluções Normativas – RN/ANS nº 162/07 e alterações posteriores e Rol de Procedimentos vigente editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS.

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

- 1-** A Carta de Orientação ao Beneficiário deve estar localizada em página imediatamente anterior a este documento e a sua leitura é imprescindível, uma vez que visa orientar o consumidor no preenchimento deste formulário.
- 2-** Esta Declaração de Saúde deverá ser obrigatoriamente preenchida pelo próprio consumidor proponente, ou seu responsável, no caso de menor de idade, ainda que assistidos por Médico Orientador.
- 3-** No preenchimento dessa declaração, o consumidor proponente tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico indicado pela operadora (médico orientador), ou por um de sua confiança, caso em que a despesa com honorários será de sua responsabilidade.
- 4-** Doenças ou Lesões Preexistentes (DLP) são aquelas que o beneficiário ou seu representante legal saiba ser portador ou sofredor, no momento da contratação ou adesão ao plano privado de assistência à saúde, de acordo com o art. 11 da Lei nº 9656, de 3 de junho de 1998, o inciso IX do art. 4º da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000 e as diretrizes estabelecidas na RN nº 162/07 e alterações posteriores.
- 5-** Cobertura Parcial Temporária (CPT) 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.
- 6-** 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.
- 7-** A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual o consumidor proponente e quaisquer de seus dependentes saibam ser portadores no momento do preenchimento desta declaração, acarretará em suspensão ou cancelamento do contrato. Quando efetivada sua inclusão no plano, o consumidor será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão preexistente conhecida e não declarada, caso esta venha a ser comprovada junto à ANS. Até a decisão da ANS, não haverá suspensão do contrato, nem do atendimento.
- 8-** Após avaliação da Declaração de Saúde, a Operadora poderá solicitar ao consumidor proponente e para cada um de seus dependentes, a realização de uma perícia médica, com consulta e exames complementares, realizada por um médico-perito, a ser escolhido pela Operadora.
- 9-** Caso seja decidido pela realização da perícia médica, será de responsabilidade da Operadora:
 - a)** Agendar horário para a perícia médica (o proponente deverá levar consigo sua respectiva Declaração de Saúde devidamente preenchida); e
 - b)** Todas as despesas decorrentes com honorários médicos e exames.

INFORMAÇÕES SOBRE SUA SAÚDE E/OU DE SEUS DEPENDENTES

Antes de responder ao questionário, informe se este está sendo preenchido com a presença de médico orientador:

- Sim, médico da Operadora. Sim, médico particular de minha escolha.
 Não, eu dispensei a presença de médico orientador.

IMPORTANTE: Em caso afirmativo, o próprio MÉDICO deverá registrar no campo abaixo, de próprio punho, que 'o preenchimento conta com a sua presença como médico orientador'. Além disso, este deverá assinar e informar o seu CRM:

Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas.	PROPONENTES				
		Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
1	Doenças cardíacas (coração grande, pressão-alta, arritmias, entre outros)? Especificar.	N				
2	Doenças Vasculares (varizes, trombose, hemorróidas, aneurisma, má circulação, derrames, entre outros)? Especificar.	N				
3	Doenças endócrinas e metabólicas (diabetes, tireóide, obesidade mórbida, entre outros)? Especificar.	N				
4	Doenças respiratórias (asma, bronquite, enfisema, pneumonia de repetição, entre outros)? Especificar.	N				
5	Doenças gastro intestinal (gastrite, esofagite, hemorróidas, fistulas, alterações no fígado, pâncreas, vesícula biliar, entre outros)? Especificar.	N				
6	Hérnias (hiato, inguinal, incisionais, entre outros)? Especificar.	N				
7	Doenças do aparelho urinário (cálculos, infecções renais, cistites, insuficiência renal, incontinência urinária, entre outros)? Especificar.	N				
8	Doenças dos órgãos genitais masculinos (próstata, testículos, fimose, infertilidade, entre outros)? Especificar.	N				
9	Doenças ginecológicas e das mamas (nódulos de mama, cisto de ovário, mioma, endometriose, sangramento, infertilidade, entre outros)? Especificar.	N				
10	Doenças do sangue (anemias, leucemias, hemofilia, linfomas, entre outros)? Especificar.	N				
11	Tumorações malignas ou benignas (câncer, tumores, nódulos, entre outros)? Especificar (ex. do aparelho digestivo, pele, mama, útero, tireóide, linfoma, etc.)	N				
12	Doenças reumáticas (artrite, febre reumática, lúpus, entre outros). Especificar.	N				
13	Doenças neurológicas (paralisia cerebral, Parkinson, Alzheimer, crise convulsiva, AVC, entre outros)? Especificar.	N				
14	Doenças de pele (psoríase, câncer de pele, hiperidrose/sudação excessiva, entre outros)? Especificar.	N				
15	Doenças infectocontagiosas (AIDS ou é portador do vírus HIV, hepatite, tuberculose, entre outros)? Especificar.	N				
16	Problemas ortopédicos (artrose, hérnias de disco, problemas de coluna, dores no quadril e joelho, fraturas, osteoporose, tendinite, entre outros)? Especificar.	N				
17	Doenças congênitas ou hereditárias (síndrome de down, cardiopatia congênita, lábio leporino, entre outros)? Especificar.	N				
18	Doenças oftalmológicas (catarata, glaucoma, miopia, astigmatismo, estrabismo, alteração na retina ou córnea, entre outros)? Especificar.	N				
19	Doenças dos ouvidos, nariz e garganta (amigdalite, diminuição da audição, tumores, desvio de septo, adenóide, otite, sinusite, entre outros)? Especificar.	N				
20	Transtornos psiquiátricos (psicose, esquizofrenia, depressão, transtorno bipolar, ansiedade, entre outros)? Especificar.	N				
21	Dependência química (cigarro, álcool, cocaína, maconha, anfetaminas, entre outros)? Especificar.	N				
22	Realiza ou realizou diálise ou hemodiálise? Especificar.	N				
23	Realiza ou realizou quimioterapia, branquiterapia ou radioterapia? Especificar.	N				
24	Possui marcapasso?	N				
25	Possui prótese(s) (pinos, placas, parafusos, entre outros)? Especificar.	N				

Item	Responda as questões abaixo, assinalando com (S) para respostas afirmativas e (N) para negativas.	PROPOSTORES				
		Titular	Dep. 1	Dep. 2	Dep. 3	Dep. 4
26	Já foi internado alguma vez ou foi submetido a alguma cirurgia ou tratamento não mencionado acima? Especificar.	N				
27	Tem algum tratamento clínico, cirúrgico ou transplante programado para os próximos meses?	N				
28	Sofre de alguma doença ou faz algum tratamento não mencionado ou NÃO DESCRITO acima? Especificar.	N				
29	TITULAR: Peso _____ kg Altura _____ m _____ cm _____	Dep. 1: Peso 4 kg Altura 0 m 53 cm Dep. 2: Peso _____ kg Altura _____ m _____ cm Dep. 3: Peso _____ kg Altura _____ m _____ cm Dep. 4: Peso _____ kg Altura _____ m _____ cm				

Com opção de C.P.T. ou AGRAVO (Opção pelo AGRAVO está sujeita aos requisitos previstos pelo contrato).

Em caso de resposta afirmativa em qualquer um dos campos acima, indique abaixo o item, especificação e proponente.

Sofreu de alguma doença que o tenha obrigado a submeter-se a tratamento clínico ou cirúrgico e ou exames? Especifique abaixo.

Este campo é destinado a comentários e informações a respeito das questões formuladas que você, declarante acha importante registrar.

Page 1 of 1

Declaro para todos os fins que as informações acima prestadas são verdadeiras, nos termos previstos no art. 5º da RN nº162/07 e autorizo o uso e verificação de prontuário, fichas médicas e outros documentos, para fins médico-legais.

06 / 11 / 19

Data

Ema Paula Santos de Oliveira
Consumidor proponente ou responsável legal

Este Aditivo de Carência Promocional estabelece a redução de prazos de carência para beneficiários oriundos de operadoras de abrangência Regional ou Nacional, sendo assim parte integrante do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica, Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia nº _____, que tem como finalidade a Redução de Carência da Cláusula VI deste Contrato.

ATENÇÃO: Fica estipulado que não haverá redução de carências para parto e preexistentes.

GRUPO I - COBERTURAS

1 - Urgência e Emergências

2 - Consultas e Exames Básicos: Consultas eletivas em consultório, Clínica ou centro médico. Exames complementares básicos, realizados em regime ambulatorial de análises clínicas em bioquímica, hematologia, Raio X sem contraste e eletrocardiograma.

3 - Exames especializados: Citologia oncológica (Papanicolau), Colposcopia e Vulvoscopia, Peniscopia, Mamografia, Ultrassonografias, Ultrassonografias Morfológico, Teste ergométrico, Holter, Ecocardiograma convencional, Densitometria Óssea, Eletroencefalograma, provas alérgicas, Endoscopia digestiva, Broncoscopia, Colonoscopia, Anuscopia, Retossigmoidoscopia, Prova de Função Pulmonar, Eletroneuromiografia, Raio X Contrastado ou panorâmico, Bera, Otoneurológico completo.

4 - Terapias e procedimentos ambulatoriais: Cirurgias ambulatoriais com anestesia local, Fisioterapia, Acupuntura, Fonoaudiologia, Psicologia e/ou Psicoterapia e Nutricionista.

5 - Exames Complexos: Exames de análises Clínicas complexos, Ultrassonografia com Doppler, Líquor, Litotripsia extracorpórea, Polissonografia, Mapeamento Cerebral, Histerosalpingografia, PAAF.

6 - Internações e procedimentos de Alta Complexidade: Internações clínicas e cirúrgicas, procedimentos de Alta Complexidade conforme definidos pelo ROL de procedimentos RN N°428/17 e suas atualizações, como Tomografia Computadorizada, Ressonância Magnética, Angio- RM, Angiotomografia, OCT, Cintilografia, Angiplastia, Quimioterapia, Radioterapia, Hemodiálise, entre outros.

7 - Doença(s) e Lesão(ões) Preexistente(s)

8 - Parto a Termo

GRUPO II - CARÊNCIAS

CÓDIGO	ORIGEM	1	2	3	4	5	6	7	8
-	NOVO BENEFICIÁRIO (PADRÃO ANS)	24h	180d	180d	180d	180d	180d	720d	300d
01	NOVO BENEFICIÁRIO	24h	30d	60d	90d	150d	180d	720d	300d
02	6 MESES NO PLANO ANTERIOR	24h	zero	zero	15d	60d	90d	720d	300d
03	6 MESES NO PLANO ANTERIOR - ACPR	24h	zero	zero	zero	30d	60d	720d	300d

Importante: Para beneficiários oriundos de operadoras de abrangência Nacional com 06 meses de permanência no plano anterior, serão aplicadas as carências do código 02.

OBSERVAÇÕES

- 1) Anexar as últimas 3 parcelas quitadas, com prazo inferior a 60 (sessenta) dias de inadimplência e comprovação de tempo de plano anterior;
- 2) As coberturas do Grupo 5 e 6 serão direcionadas à Rede Referenciada;
- 3) Para doenças ou lesões preexistentes será exigido o cumprimento de 720 (setecentos e vinte) dias de Cobertura Parcial Temporária (CPT) ou 24 (vinte e quatro) meses de agravo.

O CONTRATANTE declara:

- 1) Estar ciente de que os valores cobrados a título de mensalidade estão descritos na Proposta de Adesão Individual e Familiar vigente na época da contratação, que devidamente assinada e datada, é parte integrante do Contrato de Prestação de Serviços de Assistência Médica, Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia, e será calculado considerando o produto contratado e a soma dos preços das faixas etárias de cada BENEFICIÁRIO, inscrito no plano de saúde;
- 2) Estar ciente dos prazos de carência estabelecidos no Grupo I deste aditivo, de acordo com a origem do usuário, bem como das demais condições estabelecidas no Grupo II.

- 3) A Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doença e/ou lesões preexistentes, entendidas como sendo aquelas que o Proponente Titular tenha conhecimento no momento da assinatura da Proposta de Adesão, em relação a si próprio ou a qualquer outra pessoa inscrita como dependente;
- 4) A omissão de informação sobre a existência de doença e/ou lesão preexistente da qual o proponente titular seja conhecedor no momento do preenchimento da declaração de saúde, caracterizará comportamento fraudulento que, após comprovação junto à ANS, acarretará em suspensão ou rescisão unilateral do contrato;
- 4.1) Se, no prazo de 24 (vinte e quatro) meses, for constatada a omissão de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), a Contratada, de imediato, notificará o beneficiário titular dessa contratação e submeterá o caso à apreciação da ANS;
- 4.2) Até decisão da ANS, a Contratada não poderá suspender o Contrato nem o atendimento. Contudo, havendo a ANS acatado as argumentações da Contratada, a fraude (omissão de informação) estará comprovada, o que acarretará em rescisão unilateral do contrato e a responsabilidade do Beneficiário Titular pelo resarcimento à Contratada de todas as despesas realizadas com o tratamento da(s) doença(s) e/ou lesão(ões) omitida(s), desde a data em que tenha recebido a comunicação ou a notificação da Contratada alegando a existência de doença(s) e/ou lesão(ões) preexistentes não declarada(s).
- 5) Permanecem inalteradas as demais cláusulas contratuais.

Rib. Pires , 06 de NOVEMBRO de 19.

Ema Raula Santos de Oliveira
Assinatura do CONTRATANTE

RETIFICAÇÃO DA PROPOSTA DE ADESÃO INDIVIDUAL/FAMILIAR EXECUTIVO 100

PFE 2099624

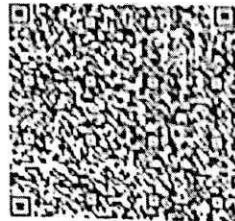
ANS - nº 38.525-5

 TIPO DE CONTRATAÇÃO Individual Familiar

Categoria do Plano		Enfermaria	Legenda		Matrícula	
EXECUTIVO 100 INDIVIDUAL/FAMILIAR ENFERMARIA - ABCDMR/SP	A.N.S. Nº 478.739/17-1		Sexo : F=Feminino M=Masculino		Aditivo nºº Tabela nºº	
Usuário TITULAR		Estado Civil : 01-Solteiro 02-Casado 03-Outros				
Nome:		Data de Nascimento		Sexo	Est. Civil	
Nome da Mãe:						
Nome do responsável (Caso o titular ser menor de idade ou não ser o responsável financeiro):		RG:		C.P.F.:		
Dados do Titular		Nº da Certidão de Nascido Vivo:				
Ocupação:	RG:	C.P.F.:	Nº:	Apto.:	Bloco:	
Endereço Residencial:		Nº:		Complemento:		
Bairro:	CEP:	Cidade:				
(DDD) Telefone Residencial:	(DDD) Telefone Comercial:	Ramal:	(DDD) Telefone Celular:			
Endereço de Correspondência:		Nº:		Apto.:	Bloco:	
Bairro:	CEP:	Cidade:		Complemento:		
Email:		Nº do Cartão do SUS:				
Dados dos usuários dependentes						
Nome: 01	Data de Nascimento		Sexo	Est. Civil	Parent	
Nome da Mãe:			CPF. Dependente	Outros Serviços		
Nº da Certidão de Nascido Vivo:	Nº do Cartão do SUS:					
Nome: 02	Data de Nascimento		Sexo	Est. Civil	Parent	
Nome da Mãe:	CPF. Dependente		Outros Serviços			
Nº da Certidão de Nascido Vivo:	Nº do Cartão do SUS:					
Nome: 03	Data de Nascimento		Sexo	Est. Civil	Parent	
Nome da Mãe:	CPF. Dependente		Outros Serviços			
Nº da Certidão de Nascido Vivo:	Nº do Cartão do SUS:					
Nome: 04	Data de Nascimento		Sexo	Est. Civil	Parent	
Nome da Mãe:	CPF. Dependente		Outros Serviços			
Nº da Certidão de Nascido Vivo:	Nº do Cartão do SUS:					
Declaração de recebimento de posse						
01. Declaro, para os devidos fins e efeitos, que estou ciente e de acordo com todas as condições contratuais, não tendo quaisquer dúvidas com relação à sua aplicação e que eventual redução de carências, não alterará as demais condições contratuais.						
02. Declaro estar ciente, nos termos que estabelece o artigo 13 da lei 9656/98 , também, que tenho conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência e que o mesmo me foi oferecido, sendo a minha opção pela contratação do plano referido nesta proposta.						
DECLARO QUE ENTRE AS OPÇÕES DE CATEGORIA DE PLANO OFERECIDO, INDICO MINHA OPÇÃO CONFORME ESPECIFICADO NAS CONDIÇÕES GERAIS DO PRESENTE CONTRATO AS QUAIS ME FORAM APRESENTADAS E TENHO CONHECIMENTO. INTEGRAM ESSE CONTRATO O MANUAL DE ORIENTAÇÃO PARA CONTRATAÇÃO DE PLANOS DE SAÚDE(MPS) E O GUIA DE LEITURA CONTRATUAL(GLC).						

Lena Paula Santos de Oliveira
Assinatura do Titular
(ou responsável)

Selo Digital nº: 1163012PV0000000024331105



REPU BBLIC A FEDERATIVA DO BRASIL
REGISTRO CIVIL DAS PESSOAS NATURAIS

Para conferir a procedência deste documento efetue a leitura do QR Code impresso ou acesse o endereço eletrônico <https://selodigital.tjsp.jus.br>

CPF -
578.572.828-12

CERTIDÃO DE NASCIMENTO
DAVI FERNANDO SANTOS DE ALMEIDA

MATRÍCULA
116301 01 55 2019 1 00180 173 0071256-29

DATA DE NASCIMENTO POR EXTESSO
VINTE E CINCO DE OUTUBRO DE DOIS MIL E DEZENOVE

DIA 25 MÊS 10 ANO 2019

HORA DE NASCIMENTO
14:43 NATURALIDADE

RIBEIRÃO PIRES - SP

MUNICÍPIO DE REGISTRO E UNIDADE DA FEDERAÇÃO
RIBEIRÃO PIRES - SP LOCAL MUNICÍPIO DE NASCIMENTO E UF

HOSPITAL, RIBEIRÃO PIRES - SP

SEXO
MASCULINO

FILIAÇÃO

ANILTON FERNANDO DE ALMEIDA, natural de(a) Ribeirão Pires-SP
ANA PAULA SANTOS DE ALMEIDA, natural de(a) Mauá-SP
Residentes e domiciliados na Rua Belém, 374, São Caetaninho, Ribeirão Pires-SP

AVOS

SÃO AVOS: ANTONIO DE ALMEIDA e MARIA REDUZINO RODRIGUES

SÃO AVOS: GERALDO FERREIRA e MARIA DE LOURDES PEREIRA SANTOS FERREIRA

GEMEOS

NOME E MATRÍCULA DOS GEMEOS

NÃO

SEM INFORMAÇÕES

DATA DO REGISTRO POR EXTESSO

VINTE E NOVE DE OUTUBRO DE DOIS MIL E

NÚMERO DA DNV/DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO

30829869532

AVERAÇÕES/ANOTAÇÕES À ACRESER

Ato registrado no livro A-0180, às folhas 173, sob Nº 71256 . Nasceu no(a) Hospital e Maternidade Municipal São Lucas. Assento lavrado hoje.

ANOTAÇÕES DE CADASTRO

SEM INFORMAÇÃO

* As anotações de cadastro acima não dispensam a parte interessada da apresentação do documento original, quando exigido pelo órgão solicitante ou quando necessário para identificação de seu portador.

Oficial de Registro Civil das Pessoas Naturais
RAQUEL SILVA CUNHA BRUNETTO - Oficial
Endereço: rua João Domingues de Oliveira, nº 66
Ribeirão Pires - SP - Centro TEI: (11) 4827-6242
email: ribeiraopires@arpensp.org.br

O conteúdo da certidão é verdadeiro. Dou fé.
Ribeirão Pires, 29 de outubro de 2019

Beatriz Vieira dos Santos Dias
Escrivente Autorizada

ISENTO DE EMOLUMENTOS

ORCPN DE RIBEIRÃO PIRES - SP

Raquel Silva Cunha Brunetto
Oficial
Márcio Gonçalves Ferreira
Rodrigo Cesar Grinatto
Escriventes Substitutos
Marta Rodrigues Melo Marques Balbino
Nívea Amélia Vieira dos Santos
Beatriz Vieira dos Santos Dias
Claudio Cascini
Johnny Dantas de Oliveira
Escriventes Auxiliares (s)

ESTADO DE SÃO PAULO
CORPO AUTOMATIZADO DE REGISTRO CIVIL
CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO: 446201 - AAA 000048938



Conta de Energia Elétrica

Nota Fiscal

Nº Instalação	Data de emissão	Conta referente a	Vencimento
0200499557	25 SET 2019	SET 2019	14 OUT 2019

ANILTON FERNANDO DE ALMEIDA
R BELEM 374
CEP 09402-670 RIBEIRAO PIRES - SP

Reservado ao Fisco: 9714 A029 6C28 791C 436C CE58.A13B 17BA

Nº Nota Fiscal	Série	Base de cálculo	Aliquota	ICMS	Nº do cliente
158811346	B	110.97	12%	13.30	0023134872
CFOP 5258 (Venda de en. elétrica a não contribuinte)					
CPF/CNPJ 262.179.118/9 e INSC EST/ISENTO					

TOTAL A PAGAR (R\$)

127,34

Dados de leitura do medidor
Código de cadastramento para Débito Automático

11397287	26 AGO	35905	25 SET	36070	25 OUT
----------	--------	-------	--------	-------	--------

100136966361

Histórico de Consumo

Scanned with CamScanner

Sus : 898 0037 3885 48 02

PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE RIBEIRÃO I

MUNICIPAL DE SAÚDE E HIGIENE