

Companhia Seguradora Bradesco Saúde S.A.		CNPJ 92.693.118/0001-60	Registro na ANS: 005711		Tipo 3	Cia	Contrato	Subfatura
Nome da empresa estipulante/subestipulante								
01. Dados do Titular								
Nome José Elenilson Gonzaga de Lima					Data de nascimento 10/09/97		CNS (Carteira Nacional de Saúde) 706906193245133	
DNV (Declaração de Nascido Vivo)	RIC (Registro de Identificação Civil)		Matrícula funcional 1075495	CPF 104.559.674-40	PIS/PASEP 15160473800		Natureza da Identificação (RGI, CNH, etc.) CNH	
Nº do Documento 1907419745530		Órgão expedidor DETRAN AL	Nome do País Expedidor Brasil		Data de Expedição 19/02/2021		Data de admissão 09/01/2023	
Sexo 1	1 - Masculino 2 - Feminino	Estado civil 1	1 - Solteiro 2 - Casado	3 - Viúvo 4 - Outros	Cargo / Ocupação Analista de Dados Jr		Matrícula especial	Data de início de vigência
Nome do responsável (se Titular menor de idade)					Nome da Mãe			
02. Titular Inativo								
Situação	1 - Demitido 2 - Aposentado		Data do Cancelamento					
03. Endereço residencial do titular (para correspondência)								
Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc.) nº e complemento (andar, sala, apto., etc.) Povoado Poção, 122 -Casa								
Bairro Zona Rural		Telefone (82)98164-2903		Cidade Coité do Nóia		UF AL	CEP 57.325-000	
04. Dados da Conta								
Banco (Nº)	Agência (Cód/Dig)	Conta (Número/Dígito)		Tipo de conta 0	0 - Conta Corrente Individual 1 - Conta Corrente Conjunta		2 - Conta Poupança Individual 3 - Conta Poupança Conjunta	
05. Dados do plano								
Código do Plano QUARTO		Código da Região		Nome da Região			Código da localidade do livro	
06. Dados de angariação								
Legenda para preenchimento do campo "5. Dependentes"								
Cód. angariador na Cia	Data de angariação	Sexo 1 - Masculino 2 - Feminino	Estado civil 1 - Solteiro 2 - Casado 3 - Viúvo 4 - Outros		Parentesco 1 - Cônjuge 2 - Filho(a) 3 - Mãe 4 - Pai 5 - Sogro 6 - Sogra 7 - Tutelado(a) 8 - Outros			
07. Dependentes								
Cód.	Nome do Dependente 01					CPF		Data de nascimento
01	Mat. Especial de Dependente	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 01		
	CNS (Carteira Nacional de Saúde)		DNV (Declaração de Nascido Vivo)			RIC (Registro de Identificação Civil)		
Cód.	Nome do Dependente 02					CPF		Data de nascimento
02	Mat. Especial de Dependente	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 02		
	CNS (Carteira Nacional de Saúde)		DNV (Declaração de Nascido Vivo)			RIC (Registro de Identificação Civil)		
Cód.	Nome do Dependente 03					CPF		Data de nascimento
03	Mat. Especial de Dependente	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 03		
	CNS (Carteira Nacional de Saúde)		DNV (Declaração de Nascido Vivo)			RIC (Registro de Identificação Civil)		
Cód.	Nome do Dependente 04					CPF		Data de nascimento
04	Mat. Especial de Dependente	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 04		
	CNS (Carteira Nacional de Saúde)		DNV (Declaração de Nascido Vivo)			RIC (Registro de Identificação Civil)		
Cód.	Nome do Dependente 05					CPF		Data de nascimento
05	Mat. Especial de Dependente	Preencher conforme código acima	Sexo	Est. Civil	Parentesco	Nome da Mãe do Dependente 05		
	CNS (Carteira Nacional de Saúde)		DNV (Declaração de Nascido Vivo)			RIC (Registro de Identificação Civil)		



Companhia Seguradora
Bradesco Saúde S.A.

CNPJ
02.603.118/0001-60

Registro na ANS:
005711

08. Declaração do Proponente

Pelo presente, autorizo a inclusão do meu nome e de meus dependentes na apólice de Seguro de Reembolso de Despesas de Assistência Médico-Hospitalar solicitada à Bradesco Saúde pelo estipulante mencionado, a quem concedo o direito de agir em meu nome e no de meus dependentes, no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais da referida apólice, devendo todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato ser encaminhados diretamente ao aludido estipulante que, para tal fim, fica investido nos poderes de representação.

Assumo a responsabilidade por todas as declarações feitas neste Cartão-Proposta, inclusive as que estão impressas. Declaro ter ciência dos termos do artigo 766 do Código Civil Brasileiro, o qual dispõe "se o Segurado por si ou seu representante fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido."

Estou ciente de que a Seguradora poderá utilizar de todos os meios de prova em direito admitidos, para elucidar os eventos médico-hospitalares relacionados a este seguro, autorizando os prestadores de serviços a fornecer as informações necessárias, ao médico indicado pela seguradora.

Tenho conhecimento de que o Departamento de Recursos Humanos de minha empresa (estipulante) está apto a prestar-me esclarecimentos a respeito deste seguro, inclusive quanto às regras para utilização do plano, para inclusões fora do prazo, opções de aumento de cobertura, se assim estiverem previstos no contrato. Declaro, ainda, que o produto acima está sendo adquirido por livre e espontânea vontade, por ser de meu interesse, sem qualquer vinculação com outro produto, serviço ou operação disponibilizados pelo Banco Bradesco S.A e demais sociedades pertencentes ao mesmo grupo econômico, aos seus respectivos clientes e usuários de seus serviços.

Declaro ter conhecimento do inteiro teor das Condições Gerais deste seguro, que se encontra em poder do estipulante, bem como do Manual de Orientação para contratação de Planos de Saúde (MPS) - (anexo).

Local e Data:

Arapiraca - AL, 02 de Fevereiro de 2023

Assinatura do proponente:

José Elenilson Gonçalves de Lima

Em caso de dúvidas referentes ao seguro/plano contratado, entre em contato com a Central de Relacionamento com Cliente pelo telefone 4004 – 2700 (Capitais e Regiões Metropolitanas) ou 0800 701 2700 (Demais Localidades).

Para elogios, sugestões ou reclamações, ligue para o SAC pelo telefone 0800 727 9966. A Bradesco Saúde ainda disponibiliza uma Central de Atendimento ao Surdo pelo telefone 0800 701 2708.