

**Ficha de Movimentação Cadastral - PME / PJ**

Ambulatorial e Hospitalar com Obstetrícia

ANS: 402966

Código de Representação

N° Proposta de Adesão

N°

SAC: (11) 3149-8100

01. Empresa

Nome	CNPJ
ASTER	02.428.200/0001-75

02. Dados do titular

Nome	RG	CPF
Rodrigo Antonio Da Silva	437513403	322.084.518-56
Nome da Mãe		
Honorina Maria Da Silva		
(DDD) Telefone Residencial	(DDD) Telefone Comercial	Celular
		(11) 96075-2606
Data de Nascimento		
02/10/1985		
Endereço Residencial	N°	Apto.
Nenhum Desembargador José Manoel Arruda	124	
CEP	Bairro	Cidade
08.130-420	Cidade Kemel	São Paulo
UF		
SP		
Endereço de Correspondência	N°	Apto.
CEP	Bairro	Cidade
Valor	E-mail	
	rodrigoantonio105@gmail.com	

03. Dependentes

Nome	Data de Nascimento	Sexo	Est. Civil	Parent.	Idade
Marinalva Macedo De Souza Silva	11/09/1983	Feminino	casado	Companheiro(a) com o(a) qual tenha filho ou viva há mais de 5 (cinco) anos ou possua Declaração de União Estável	
Nome da Mãe			CPF		
Maria Aparecida Macedo Souza			324.308.368-07		
Nome	Data de Nascimento	Sexo	Est. Civil	Parent.	Idade
Beatriz Macedo Da Silva	05/05/2006	Feminino	solteiro	Filho(a) ou enteado(a)	
Nome da Mãe			CPF		
Marinalva Macedo De Souza Silva			565.814.948-79		
Nome	Data de Nascimento	Sexo	Est. Civil	Parent.	Idade
Bruno Antonio Macedo	26/02/2012	Masculino	solteiro	Filho(a) ou enteado(a)	
Nome da Mãe			CPF		
Marinalva Macedo De Souza Silva			565.815.168-64		

04. Categoria de Plano

CATEGORIA DE PLANO

☐

PRATA - Enfermaria

☐

OURO - Apartamento

☒

SIM - Faço a opção pelo Plano BIO SAÚDE Referência

☐

NÃO - Tomei ciência pela oferta deste plano BIO SAÚDE referência, não optando pela sua aquisição

Declaro que entre as opções de categoria de plano oferecidas, indico minha opção conforme especificado nas condições gerais do presente contrato as quais me foram apresentadas e tenho conhecimento.

30/10/2024
Data de Adesão01/11/2024
Data de Vigência

Assinatura do titular

05. Carência

Em se tratando de migração de outra operadora, informar os dados abaixo e anexar contrato, Aproveitamento / redução de carência sujeito a aprovação e a critério da BIO SAÚDE.

Empresa	Plano	Início	Fim	Tempo de plano meses	Cód da Carência

06. Recibo

O representante abaixo assinado, declara que por autorização da BIO SAÚDE, recebeu do titular desta proposta a importância abaixo, referente ao pagamento da primeira mensalidade e da taxa de inscrição do plano ora proposto, ficando estabelecido que se a proposta não for aceita, os valores serão integralmente restituídos na forma da lei. As demais mensalidades deverão ser pagas somente nos bancos. A BIO SAÚDE, não possui colaboradores domiciliares.

Nome do Representante	Código do Representante	Assinatura do Representante	R\$ Valor Mensalidades	
			Desc. Prom.	
			Taxa de inscrição	
			Valor Total	

07. Assinatura do Representante
fe185485-20b2-48d8-9c68-81c588acbfa8

08. Aprovação da BIO SAÚDE

Data da Aprovação

Comprovante de assinatura eletrônica

5264be4d-a1bf-4503-85f6-094379b9550e.pdf



ID única do documento: #fe185485-20b2-48d8-9c68-81c588acbfa8

Esse log é exclusivo ao documento Formulário de Adesão BioSaúde - Simplificado/Declaração de Opção por Cesta Básica e deve ser considerado parte do mesmo, com os efeitos prescritos nos Termos de Uso.

Assinaturas



Rodrigo Antonio Da Silva

Assinou em 30/10/2024 12:56:15

Histórico completo

Data e hora	Evento
30/10/2024 12:56:15	Documento assinado por Rodrigo Antonio Da Silva
30/10/2024 12:56:15	Rodrigo Antonio Da Silva (Autenticação: e-mail rodrigoantonio105@gmail.com; IP 177.50.37.236) assinou. Assinatura com validade jurídica conforme a MP 2.200-2/01, Art.10, §2.

