

ANS: 402966

Código de Representação

Nº Proposta de Adesão

Nº

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 Nenhum Desembargador José Manoel Arruda		Nº 124	Apto.
CEP 08.130-420	Bairro Cidade Kemel	Bloco Casa	
Endereço de Correspondência		Nº	Apto.
CEP	Bairro	Cidade	Bloco
Valor	E-mail rodrigoantonio105@gmail.com	Complemento	

03. Dependentes

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

01/11/2024

Data de Adesão

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
mesesCód 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	
Valor total por extenso			Desc. Prom.	
			Taxa de inscrição	
			Valor Total	

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.



#fe185485-20b2-48d8-9c68-81c588acbfa8

Documento assinado eletronicamente, conforme a MP 2.200-2/01, Art.10, §2