

Contratante: _____

☐ 1. Inclusão do titular
 ☐ 3. Exclusão do titular
 Somente para movimentação cadastral
 ☐ 2. Inclusão do dependente
 ☐ 4. Exclusão do dependente

Categoria do Plano

		Legenda		Matricula	
		Sexo : F=Feminino M=Masculino		Aditivo nº Tabela nº	
		Estado Civil : 01-Solteiro 02-Casado 03-Outros			
		Parentesco : 01-Cônjuge 02-Filho 03-Pais 04-Companheiro 05-Outros			

Usuário TITULAR

Nome:	Data de Nascimento	Sexo	Est. Civil	Mensalidade do Titular - R\$
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

Ocupação:	RG:	C.P.F.:		
Endereço Residencial:	Nº:	Apto.:	Bloco:	Complemento:
Bairro:	CEP:	Cidade:		
(DDD) Telefone Residencial:	(DDD) Telefone Comercial:	Ramal:	(DDD) Telefone Celular:	
Endereço de Correspondência:	Nº:	Apto.:	Bloco:	Complemento:
Bairro:	CEP:	Cidade:		
Número do Cartão Nascido Vivo:	Nº do Cartão do SUS:			

Dados dos usuários dependentes/agregados

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

Declaração do titular

01. Declaro, 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.

02. Declaro estar ciente, nos termos que estabelece o artigo 13 da Lei 9656/98, Caso os documentos ou declarações apresentadas não sejam verdadeiros e completos, ou forem omitidas informações que possam influenciar na aceitação da PROPOSTA DE ADESAO - PME, responderá por fraude e perderá o direito ao plano de saúde, sendo seu contrato suspenso ou denunciado, devendo ressarcir à Bio Vida todas as despesas.

Local e Data

Assinatura do Titular ou Representante Legal

(Carimbo da Empresa)

Redução de carência

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

Aproveitamento / redução de carência sujeito a aprovação e critério da Bio Vida Saúde.

01. Nome do plano original 02. Número Contrato 03. Início 04. Valor última Mensalidade

Tempo de Plano(meses)

Ítems tabela de redução

Nome do Corretor

Codigo de Corretor

Telefone

E-mail