			x SEGURO NOV			NÚMERO			
EGURO Saúde			☐ ENDOSSO DE INCLUSÃO DE TITULAR/FAMÍLIA			44 - 45024552			
SEGUROS	PROF	POSTA DE ADESÃO	ENDOSSO DE DEPENDENTE	E INCLUSÃO I	DE		AL/CÓDIGO		
NPJ 04.540.010.0001-70	DECL#	ARAÇÃO DE SAÚDE	Nº	ES NO SEGO.	10	L			
CORRETOR			DRRETOR				SUS		
ZQBQ BSHWFMZQJJ YSBBW	/JSBQ EW HWYH ZJE	PROPON	NENTE/TITULAR	TOTAL ANTE	TINIDADE			005J IO DE VIGÊNCIA	
ESTIPULANTE ESTE 03A09 VIDAS 1 IOME COMPLETO (*)		N° DO ESTIPUI 45024552	JLANTE N° DO SU 173969	JBESTIPULANTE 90	1			04/2020	
MESTREDOS MAGOS					O32147				
i.G. (*°) 526587	ÓRGÃO EMISSOF SSPSP	01/01/1980	*) SE ESTRANGEIRO, INF	FORMARON® De	OPASSAPORTE	004140400000000000000000000000000000000	H-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1-1	21/05/1972	
DADE SEXO (*) MASCULINO	ESTADO CIVIL (*) CASADO(A)	E-MAIL				TOTAL SECTION	O NACIONAL DE	SAÚDE (*)	
NDEREÇO COMPLETO (*) RUA SHELDON						№ (*) 78	COMPLE		
APA	CIDADE (*) SAO PAU		UF (*) SP	05074-040	n	(DDD) T	ELEFONERESID	ENCIAL (*°)	
ROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DESE	ENVOLVIDA (*°)		EADMISSÃO (*)	REGIS	STRO FUNCIONA	Ľ			
LANO		FAIXA DE COPARTICIPAÇÃO	2013	TEM PI	LANO DE SAÚDI	EANTER	IOR? QUAL? HÁ	QUANTO TEMPO?	
PRATA MAIS COPAR Q - PME PIS/PASEP (*)		NOME DA MÃE (*)						_	
NOME COMPLETO (*)	RE								
IOME COMPLETO ()		THE COURT	TITLE		T 7	T 7	ATT	<u></u>	
	7	H		H					
PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPAL DE	ESENVOLVIDA (*°)			1	V		VI	DE EXPEDIÇÃO (1	
ENDEREÇO COMPLETO (*)								го	
BAIRRO (*)	CIDADE (*)	363	UF (*)	*) CEP (*)		(DDD) T	ELEFONE RESID	ENCIAL (*°)	
TOTAL POR E SEMINING			IDENTES	DAREN'	2 CAN		A DEDE	TEO FODECIAIS	
SEXO: M - MASCULINO F - FEMININO DEPENDENTE 1 (*)	ESTADO CIVIL. 1 - 0	SOLTEIRO 2-CASADO 3-VIÚVO	4 - DIVORCIADO/SERA.	ADO PANEN.	ESCO: 2-001	JUGE 3	FILHO 4-DEFE	NDENTES ESPECIAIS	
MESTREDOS MAGOS			DATA DE NAS		IDADE	SEXO (*	ESTÁDOCML(*)	GRAU DE PARÈNTESO	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*)	-56	- 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	08/12/2002 NÚMERO DA DEC	12	17	М	1	3	
3608	TOTAL COLUMN (18)	CPF (**)	No	RG (*°)	NAGCIO .		GÃO EMISSORUF (*	°) DATA DE EXPEDIÇÃ	
PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DI	ESENVOLVIDA (-)	74955855016		6985422		s	SPSP	02/06/2015	
ENDEREÇO COMPLETO (*) RUA SERRA DE BRAGANCA	- 14					Nº (*) 1555	COMPLEM APTO	121	
BAIRRO (*) TATUAPE	CIDADE (*) SAO PAL		UF (*) SP	CEP (*) 03318-000	o	(DDD) i	ELEFONE RESID	ENCIAL (*°)	
NOME DA MÃE (DEPENDENTE 1) (*) SHEILAA MAGOS	N 03 22 N 03 N		A 10 80 10 10	25 M M	N N N V	1 11	2 1 1 1	0 0 0	
TEMPLANO DE SAÚDE ANTERIOR? QUA	AL? HÁ QUANTO TEMPO?								
DEPENDENTE (*)			* * * *	* * *	30 48 75 75		* * *	* * * *	
x x x x x x	M		DATADENASC	CIMENTO (*)	IDADE	SEXO(*)	ESTADO CIVIL(1)	GRAUDEPARENTESCO	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*)			NÚMERO DA DEC	CLARAÇÃO DO	NASCIDO VIVO				
PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPALD	JESENVOLVIDA (*°)	CPF (**)		RG (**)			ÃOEMISSOR/UF (*	*) DATA DE EXPEDIÇÃ	
ENDEREÇO COMPLETO (*)						Nº (*)	COMPLEM	ENTO	
BAIRRO (*)	CIDADE (*)	2	UF (*)	CEP(*)		(DDD) T	ELEFONE RESID	ENCIAL(*°)	
NOME DA.MÃE (DEPENDENTE 2) (*)									
TEMPLANO DE SAÚDE ANTERIOR? QUA	IAL 2 HÁ QUANTO TEMPO?								
DEPENDENTE (*)	AL: III ass								
DEPENDENTE ()		2 10 25 2 25 26 2	5 22 27 30 12	27 N N	\$6 .85 .18 mg	4 81	20 10 20 10	- 10 10 10 10	
			DATADENASC		IDADE	SEXO(*)	ESTADO CIVIL(*)	GRAU DE PARENTESO	
CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*)			NÚMERO DA DEC	5 5 5 5	NASCIDO VIVO				
PROFISSÃO/ATIVIDADE PRINCIPALD	JESENVOLVIDA (*°)	CPF (**)		RG (*°)		ÓR	GÃO EMISSOR/UF	(*°) DATA DE EXPEDIÇÃ	
ENDEREÇO COMPLETO (*)				1		No (.)	COMPLEM	ENTO	
BAIRRO (*)	CIDADE (*)	1	UF (*)	GEP (*)		(DDD) T	ELEFONE RESID	ENGIAL(*°)	
OME DA MÃE,(DEPENDENTE 3) (*)									
EMPLANO DE SAÚDE ANTERIOR? QUA	JAL? HÁ QUANTO TEMPO?								
		PARA USO DA SEG	SURADORA						
		PANA 030 DA OEG	UNADONA					9	
		Important	te:					ON TENTION COLO	
As informac É obrigatória a assinatur ou seu representante le	ções cadastrais a	aqui prestadas fazem mento do campo "oci de Adesão Declarar, devem ser Iguals em a pelo Corretor, interi as intormações descrii sção da forma e cor para o(s) tem(ns)	parte integrant a e data de	te da Pro preenchim	posta de jento pelo	Adesa	ão. onente titul: ao Benefic Informação	at e/ Ao-Pi	
É obrigatória a assinatur ou seu representante le sendo que o local da	agal na Proposta ata e assinatura	de Adesão Declaraç devem ser Iguals em	ão de Saúde ambos os do	e Carta cumentos,	de Orlent assim co	ação no a	ao Benefic Informação	de Se	
lo O documento não tera apresentarem qualquer ra	ocal e data fella rá aceitação se	pelo Corretor, inter as informações descri	médiário responi tas acima não	estiverem	venda. i devidame	nte_p	Informação reenchidas esclarecime	ou E	
presentarem qualquer ra	asura ou modifica	ção da forma e cor	iteudo, ou aino	da se na	o houver	0(5)	esclarecime	nto(s) ⊋	