

() Adesão () Inclusão de Dependentes () Cancelamento () Exclusão de Dependente () Mudança de Plano
Motivo do cancelamento - () Demissão () Outro motivo – Qual: _____

Documentos Necessários:

- Ficha de Registro do Empregado
- Certidão de Casamento / Certidão de Nascimento (para dependentes)

Proponente Titular (sem abreviatura)						CPF do Titular ou PIS/PASEP				
Nome da Mãe do Proponente Titular (sem abreviatura)						CPF do Titular ou PIS/PASEP				
Data de Nascimento	Sexo () M () F	Ocupação Principal	Estado Civil			Código do Plano	Carência			
Endereço para Cobrança (Rua, Avenida, Praça, etc).					Número	Complemento (Apto., sala, bloco)				
Bairro			Município		CEP	UF				
DDD	Telefone Residencial		DDD	Telefone Comercial		Ramal	DDD	Telefone Celular		
DEPENDENTES									Valor da Mensalidade	
1	Nome do Proponente Dependente (sem abreviatura)				Data Nasc.	Sexo	Parent	Cód. Plano	Carência	Valor da Mensalidade
	Nome da mãe do Proponente Dependente (sem abreviatura)				CPF do dependente					
2	Nome do Proponente Dependente (sem abreviatura)				Data Nasc.	Sexo	Parent	Cód. Plano	Carência	Valor da Mensalidade
	Nome da mãe do Proponente Dependente (sem abreviatura)				CPF do dependente					
3	Nome do Proponente Dependente (sem abreviatura)				Data Nasc.	Sexo	Parent	Cód. Plano	Carência	Valor da Mensalidade
	Nome da mãe do Proponente Dependente (sem abreviatura)				CPF do dependente					
4	Nome do Proponente Dependente (sem abreviatura)				Data Nasc.	Sexo	Parent	Cód. Plano	Carência	Valor da Mensalidade
	Nome da mãe do Proponente Dependente (sem abreviatura)				CPF do dependente					

Código para indicação de Estado Civil: 1 - Solteiro(a), 2 - Casado(a), 3 - Viúvo(a), 4 - Separado(a), 5 - Desquitado(a), 6 - Divorciado(a), 9 - Outro.
Código para indicação de Parentesco: 1 - Cônjuge, 2 - Filhos(as).

OPÇÕES DE PLANOS

Segmentação Assistencial	Acomodação	Rede Credenciada				Rede Referenciada			
		Sem Co-participação		Com Co-participação		Sem Co-participação		Com Co-participação	
		Adesão	Empresarial	Adesão	Empresarial	Adesão	Empresarial	Adesão	Empresarial
Ambulatorial	Sem direito a Internação	105	132	121	142	122	137	127	90
Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetria	Econômico	101	133	107	143	123	138	128	147
	Enfermaria								
Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria	Econômico	102	134	109	144	124	139	129	91
	Enfermaria								
Ambulatorial + Hospitalar sem Obstetria	Executivo	103	135	108	145	125	140	130	148
	Apartamento								
Ambulatorial + Hospitalar com Obstetria	Executivo	104	136	110	146	126	141	131	92
	Apartamento								

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Pela presente solicito a inclusão do meu nome, e meus dependentes acima relacionados, no(s) plano(s) acima indicado(s), do Contrato Coletivo Empresarial, a que a presente se refere. Declaro ainda, para todos efeitos:

1. que preenchi de próprio punho a declaração de saúde, em meu próprio nome e de meu(s) dependente(s).
2. que tenho ciência e estou de acordo com as cláusulas e aditivos contratuais inclusive quanto aos prazos das carências constantes do Contrato a que a presente se refere, não tendo qualquer dúvida quanto à sua aplicação, cabendo exclusivamente a Operadora estabelecer qualquer redução nos prazos estabelecidos.
3. que tenho ciência de que esta proposta de adesão somente terá validade após a sua aceitação pela Operadora.
4. que assinando esta proposta de adesão estou autorizando a Operadora, a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, informações que julgar necessárias para elucidação de qualquer assunto que se relaciona com o presente plano contratado.

Declaro ainda, que ao preencher a presente proposta tomei ciência do respectivo contrato, o qual está sob responsabilidade do Contratante e poderá ser solicitado por mim a qualquer tempo.

Curitiba, de de 20.....

DECLARAÇÃO DE SAÚDE

Proponente Titular

CPF do Titular ou PIS/PASEP

DECLARAÇÃO DE SAÚDE (deve ser preenchida pelo proponente)					TITULAR	01	02	03	04	05
ITEM	VÁLIDA PARA TITULAR E DEPENDENTES	S (sim)	N (não)	Peso						
				Altura						
01	Sofre de doenças respiratórias como asma, bronquite, enfisema, tuberculose, falta de ar ou outra?									
02	Sofre de doenças do sistema nervoso como Parkinson, epilepsia, convulsão, derrames e ou isquemia cerebral e suas conseqüências, ou outra?									
03	Sofre de doenças do aparelho digestivo como gastrite, úlcera, hérnia de hiato, varizes de esôfago, hepatite, cálculo de vesícula, pancreatite, diarreia crônica, cirrose, hemorróidas, sangramentos digestivos, esofagite, ascite ou outra?									
04	Sofre de doenças cardio-circulatórias como pressão alta, infarto, angina, doenças das válvulas, insuficiência cardíaca, marca-passos, inchaço, aneurisma, dilatação de veia ou de artéria, aterosclerose ou aterosclerose, fistula vascular, úlcera, inchaço crônico nas pernas, isquemia nas pernas e pés, varizes com ou sem úlcera na perna, hemangiomas ou outra?									
05	Sofre de doenças do aparelho urinário como cálculos renais, hidronefrose, prostatismo, adenoma de próstata, dificuldade para urinar, sangramento urinário, fimose, insuficiência renal, incontinência urinária ou outra?									
06	Sofre de doenças do sangue ou imunológicas como anemia, púrpura, talassemia, falta de fatores de coagulação ou outra?									
07	Sofre de doenças oftalmológicas como catarata, glaucoma, descolamento de retina, perda de visão, miopia, estrabismo, astigmatismo, hipermetropia (vista cansada), obstrução lacrimal ou outra?									
08	Sofre de tumores benignos ou malignos como câncer, carcinoma, leucemia, adenoma, adenocarcinomas, melanomas ou outra?									
09	Sofre de doenças dos ossos ou das articulações como artrite, artrose, febre reumática, gota, fraturas, escoliose, hérnia de disco, osteoporose, reumatismo ou outra?									
10	É portador de doenças decorrentes do HIV como Aids ou suas complicações?									
11	Sofre de doenças infecto-contagiosas como hepatite, tuberculose, malária, toxoplasmose, sífilis, herpes ou outra?									
12	Sofre de doenças mentais ou do comportamento como depressão, esquizofrenia, neuroses, retardo mental ou outra?									
13	Sofre de doenças metabólicas como diabetes, doenças da tireóide, obesidade ou outra?									
14	Sofre de doenças ginecológicas ou de mamas como tumoração, nódulos, gigantismo, bexiga caída, útero caído, cisto de ovário ou de trompa, endometriose, mioma uterino ou outra, ou está em gestação (se estiver, de quantos meses)?									
15	Sofre de doenças do ouvido, nariz e garganta como sinusite, otite, surdez, diminuição da audição, desvio do septo nasal, amigdalite de repetição ou outra?									
16	Sofre de hérnias como inguinal, umbilical, incisional ou outra?									
17	Sofre de doenças congênitas ou têm deficiências nos órgãos ou membros?									
18	Submete-se a algum tipo de tratamento de diálise ou hemodiálise?									
19	Possui prótese artificial em qualquer articulação de membro, válvula do coração ou qualquer tipo de implante em qualquer órgão? Qual? Há quanto tempo?									
20	Sofre de dependência química como alcoolismo, drogas, tabagismo ou outra? Há quanto tempo, Quantidade?									
21	Submeteu-se a algum procedimento cirúrgico recentemente? Qual e quando?									
22	Tem alguma complicação ou seqüela de cirurgia anterior?									
23	Tem alguma doença de indicação de tratamento clínico ou cirúrgico programado para os próximos meses?									
24	Encontra-se em tratamento de alguma doença?									
25	Sofre de alguma doença não relacionada acima?									

ITEM	Cód. (Titular/Dependente)	Nome	Idade	Caso algum dos participantes desta proposta apresente alguma das situações acima, especifique a razão da mesma e data.

DECLARAÇÃO DO PROPONENTE

Pela presente solicito a inclusão do meu nome, e meus dependentes acima relacionados, no(s) plano(s) acima indicado(s), do Contrato Coletivo Empresarial, a que a presente se refere. Declaro ainda, para todos efeitos:

1. que preenchi de próprio punho a declaração de saúde, em meu próprio nome e de meu(s) dependente(s).
2. que tenho ciência e estou de acordo com as cláusulas e aditivos contratuais inclusive quanto aos prazos das carências constantes do Contrato a que a presente se refere, não tendo qualquer dúvida quanto à sua aplicação, cabendo exclusivamente a Operadora estabelecer qualquer redução nos prazos estabelecidos.
3. que tenho ciência de que esta proposta de adesão somente terá validade após a sua aceitação pela Operadora.
4. que assinando esta proposta de adesão estou autorizando a Operadora, a solicitar, a qualquer tempo, a médicos, hospitais, clínicas e laboratórios, informações que julgar necessárias para elucidação de qualquer assunto que se relaciona com o presente plano contratado.

Declaro ainda, que ao preencher a presente proposta tomei ciência do respectivo contrato, o qual está sob responsabilidade do Contratante e poderá ser solicitado por mim a qualquer tempo.

Curitiba, de de 20.....

Carimbo/assinatura da empresa

Assinatura do proponente