

TITULAR

Nome					Sexo
Estado Civil	Data de Nascimento	Matrícula		RG	
CPF (obrigatório)			PIS (obrigatório)		
Nº Cartão nacional de saúde / SUS			Nº Declaração de nascido vivo		
Nome da Mãe (obrigatório)					
Endereço residencial				Nº/ complemento	
Bairro	Cidade	U.F.	CEP	Tel. Res.	
				Cel.	

DADOS COMERCIAIS

Data de admissão	Cargo		Fone Com.
------------------	-------	--	-----------

DEPENDENTES LEGAIS

(*) Parentesco: 1- Esposa / 2- Filho(s) naturais ou adotivos, solteiro(s) até 21 anos incompletos / 3- Filha(s) naturais ou adotivas, solteira(s) até 21 anos incompletos / 4- Filhos(as) até 24 anos incompletos quando universitários / 5- Filhos(as) quando inválidos físico ou mentalmente em caráter permanente, mediante comprovação da incapacidade / 6- Companheiro(a) comprovado lei de união estável / 9- Tutelado(a) e/ou menor sob guarda judicial / 17- Marido/

1	Nome		CPF (obrigatório)	Sexo
	Data de Nascimento	(*) Parentesco	Nº Cartão nacional de saúde / SUS	
	Nº Certidão de nascido vivo		Nome da Mãe do dependente (obrigatório)	
2	Nome		CPF (obrigatório)	Sexo
	Data de Nascimento	(*) Parentesco	Nº Cartão nacional de saúde / SUS	
	Nº Certidão de nascido vivo		Nome da Mãe do dependente (obrigatório)	
3	Nome		CPF (obrigatório)	Sexo

Data de Nascimento	(*) Parentesco	Nº Cartão nacional de saúde / SUS
Nº Certidão de nascido vivo		Nome da Mãe do dependente (obrigatório)

AGREGADOS

Agregados: Pai, Mãe, Sogra e Sogra

1	Nome	CPF (obrigatório)	Sexo
	Data de Nascimento	(*) Parentesco	Nº Cartão nacional de saúde / SUS
	Nº Certidão de nascido vivo		Nome da Mãe do dependente (obrigatório)

2	Nome	CPF (obrigatório)	Sexo
	Data de Nascimento	(*) Parentesco	Nº Cartão nacional de saúde / SUS
	Nº Certidão de nascido vivo		Nome da Mãe do dependente (obrigatório)

Planos:	Titular e Dependente (s):	Agregado (s):
Prata Plus	R\$ 20,90	R\$ 29,11
Premium Plus	R\$ 17,16	R\$ 19,12
Platina	R\$ 56,76	R\$ 73,90
Diamante	R\$ 99,46	R\$ 117,00

CONDIÇÕES DE VALIDADE

***Permanência mínima 12 meses da utilização ou na falta dela 12 meses da inclusão no plano**

Recebi, li e compreendi o Manual de Orientação para Contratação dos Planos de Saúde – MPS previamente à contratação do plano. Assino o contrato espontaneamente e autorizo a descontar as mensalidades do meu plano odontológico e de meus dependentes e agregados em folha de pagamento, comprometendo-me a permanecer durante o mínimo estabelecido pelo contrato.

SÃO PAULO, _____ DE _____ DE _____

TITULAR ASSINATURA

ANS nº 317501