

PROPOSTA DE ADESÃO PLANO INDIVIDUAL

DADOS DA OPERADORA

UNIÃO MÉDICA PLANOS DE SAÚDE SA CNPJ: 04.745.753/0001- 87 ANS: 41.458-1

DADOS DO (A) CONTRATANTE

NOME CONTRATANTE:	CPF CONTRATANTE:	CORRETORA:

DADOS DO PLANO

Nº REGISTRO PLANO ANS:	COPARTICIPAÇÃO:	TAXA DE INSCRIÇÃO R\$
<input type="checkbox"/> Individual sem Obs. Copar Enfermaria - 47866217-9 <input type="checkbox"/> Individual sem Obs. Copar Apartamento - 47865617-4	<input type="checkbox"/> Consultas <input type="checkbox"/> Consultas e Exames	

DADOS DO TITULAR

NOME COMPLETO:			CÓDIGO NA OPERADORA:
CPF:	NASCIMENTO: / /	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL:
RG:	EXPEDIÇÃO: / /	CARTÃO SUS:	
ENDEREÇO:			CEP:
CIDADE:			R\$ MENSALIDADE:
ESTADO:	BAIRRO:	COMPLEMENTO:	
TELEFONE 1:	TELEFONE 2:	E-MAIL:	

DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES

DEP. 01	NOME COMPLETO:			R\$ MENSALIDADE:	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	PARENTESCO:	ESTADO CIVIL:	NASCIMENTO: / /	RG:	

	CPF:		CNS:		
DEP. 02	NOME COMPLETO:			R\$ MENSALIDADE:	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	PARENTESCO:	ESTADO CIVIL:	NASCIMENTO: / /	RG:	
	CPF:		CNS:		
DEP. 03	NOME COMPLETO:			R\$ MENSALIDADE:	SEXO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
	PARENTESCO:	ESTADO CIVIL:	NASCIMENTO: / /	RG:	
	CPF:		CNS:		

Este formulário será aceito mediante correto preenchimento de todos os campos e as cópias dos documentos de comprovação.

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

Declaro que as informações prestadas nesta Solicitação de Adesão são verdadeiras e completas e que não foram omitidas circunstâncias que possam influir na aceitação da referida Solicitação de Adesão ao Plano de Saúde Individual ou no valor da contraprestação pecuniária, bem como estou ciente de que, de acordo com o art. 766 do Código Civil Brasileiro e art. 3º da Resolução 2/98 do Consu, se forem constatados dados inverídicos, falsos ou incompletos, ficarei sujeito a suspensão ou denúncia do contrato.

Declaro que recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e estou de acordo com seus termos e, portanto, passo a assinar a presente Solicitação de Adesão.

Declaro que tenho ciência de que o Rol de Procedimentos Médicos tem sua atualização sob responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site www.ans.gov.br.

Declaro ciência que, ocorrendo o atraso no pagamento das mensalidades superior a 60 (sessenta) dias, consecutivos ou não, nos últimos 12 (doze) meses de vigência, implicará na suspensão do atendimento do contrato em atraso.

Declaro ciência que, havendo alteração de faixa etária de qualquer beneficiário inscrito na presente adesão, será automaticamente reajustada sua mensalidade no mês subsequente ao de seu aniversário, de acordo com a TABELA DE FAIXA ETÁRIA abaixo indicada:

FAIXA ETÁRIA E PERCENTUAL DE REAJUSTE									
0 A 18 ANOS	19 A 23 ANOS	24 A 28 ANOS	29 A 33 ANOS	34 A 38 ANOS	39 A 43 ANOS	44 A 53 ANOS	49 A 53 ANOS	54 A 58 ANOS	59 ANOS OU MAIS
0,00%	17,89%	14,06%	15,66%	3,55%	19,85%	27,33%	30%	25%	50%

Declaro estar ciente de que a data do vencimento será de acordo com a tabela abaixo discriminada:

DATA DA PROPOSTA	DE 01 A 05	DE 06 A 10	DE 11 A 15	DE 16 A 20	DE 21 A 25	DE 26 A 30
DIA DO VENCIMENTO	05	10	15	20	25	28

DATA: / / .

Assinatura Responsável.