

Identifique qual o seu plano		
<input type="checkbox"/> Standard Enfermaria - 481452185	<input type="checkbox"/> Standard Apartamento - 481542184	<input type="checkbox"/> Executivo Apartamento - 481541186
<input type="checkbox"/> Essencial PME Enfermaria - 481455180	<input type="checkbox"/> Essencial PME Apartamento - 481454181	<input type="checkbox"/> Ideal PME Apartamento - 481453183
<input type="checkbox"/> Game - 401437985	<input type="checkbox"/> Premium - 464614112	

Nome do Titular (sem abreviações) Estado Civil: [C] – Casado; [S] – Solteiro; [V] – Viúvo; [O] – Outros; Sexo: [M] – Masculino; [F] – Feminino											
Sexo		Estado Civil		RG		Órgão Exp.		CPF		Data de Nascimento	
E-mail						Telefones (DDD+Número)					
Endereço										Nº	Complemento
Bairro				Cidade				UF		CEP	
Número CNS – Cartão Nacional do SUS				Nome da Mãe (Sem abreviações)							
Mensalidade				Código do Beneficiário (Preenchido pela Operadora)							
R\$											

Dependentes											
DEPENDENTE - 01	Nome Dependente (Sem Abreviações)										
	Data de Nascimento		CPF		RG		Órgão Exp.:		Sexo		
	Estado Civil		Grau de Parentesco		Mensalidade R\$		Código Dependente (Preench. Operadora)				
	Nome da Mãe (Sem Abreviações)										
	Cartão Nacional de Saúde - CNS										

Dependentes											
DEPENDENTE - 02	Nome Dependente (Sem Abreviações)										
	Data de Nascimento		CPF		RG		Órgão Exp.:		Sexo		
	Estado Civil		Grau de Parentesco		Mensalidade R\$		Código Dependente (Preench. Operadora)				
	Nome da Mãe (Sem Abreviações)										
	Cartão Nacional de Saúde - CNS										

Dependentes											
DEPENDENTE - 03	Nome Dependente (Sem Abreviações)										
	Data de Nascimento		CPF		RG		Órgão Exp.:		Sexo		
	Estado Civil		Grau de Parentesco		Mensalidade R\$		Código Dependente (Preench. Operadora)				
	Nome da Mãe (Sem Abreviações)										
	Cartão Nacional de Saúde - CNS										

Dependentes											
DEPENDENTE - 04	Nome Dependente (Sem Abreviações)										
	Data de Nascimento		CPF		RG		Órgão Exp.:		Sexo		
	Estado Civil		Grau de Parentesco		Mensalidade R\$		Código Dependente (Preench. Operadora)				
	Nome da Mãe (Sem Abreviações)										
	Cartão Nacional de Saúde - CNS										

DECLARAÇÃO

Entre as categorias de planos oferecidos indico acima minha opção conforme especificado nas Condições Gerais desse Contrato. Declaro também que tenho conhecimento do teor do referido contrato bem como assumo plena responsabilidade pelas informações aqui apresentadas e as demais contidas na Declaração de Saúde, sendo sabedor que no preenchimento não pode conter rasuras.

Esta Proposta está vinculada, para todos os fins de direitos, aos contratos dos respectivos planos, protocolado e registrado no 4º Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoa Jurídica da Comarca de São Paulo, SP, sob n.º 5.355.121 22/10/2018.

_____, ____/____/____.
Local Data

Nome do Vendedor		CPF		Telefones	
Corretora		Plataforma		Código da Plataforma	

Assinatura do Titular

Responsável pela Empresa

Assinatura e Carimbo do Vendedor