



Plano de Assistência Médica Hospitalar com Obstetrícia

Coletivo por Adesão com Co-Participação
Abrangência Geográfica: Estado da Bahia

ANS Nº 335754

PROPOSTA DE ADESÃO DE BENEFICIÁRIO TITULAR

CARGO: <input type="checkbox"/> Auditor Fiscal <input type="checkbox"/> Agente de Tributo				
Nome:				
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União Estável <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Outros			Tipo de Sangue:
Renda familiar mensal R\$	Nº PIS/PASEP:	Nº Cartão Nacional de Saúde:	RG:	Órgão emissor:
Estado Emissor:	País Emissor:	Data da emissão:	Data Nascimento:	Nacionalidade:
CPF:	Escolaridade: <input type="checkbox"/> 1º Grau <input type="checkbox"/> 2º Grau <input type="checkbox"/> 3º Grau <input type="checkbox"/> Especialista <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Outros			
Nome da Mãe:				
Nome do Pai:				
Endereço do beneficiário:				Bairro
Complemento:				CEP:
Cidade:	Estado:	Fone:	Celular:	
E-mail pessoal:				
E-mail profissional:				
Local de trabalho:		Condição de trabalho: <input type="checkbox"/> Ativa <input type="checkbox"/> Aposentado		
Nº Banco:	Nome Banco:	Agencia:	Conta Corrente:	Lote:

Declaro para fins de adesão no Asfeb-Saúde que:

- 1) Todos os dados acima informados são verdadeiros e que responsabilizo-me civil e criminalmente por eventuais omissões, inverdades ou incorreções que vierem a ser detectadas;
- 2) Estou ciente e de pleno acordo com as disposições do Regulamento do Asfeb Saúde e que recebi copia do mesmo.
- 3) Sou o responsável pela atualização, junto ao setor de cadastro do ASFEB-Saúde, dos dados acima;
- 4) Assumo total responsabilidade pelas despesas decorrentes da minha adesão, taxa de inscrição, co-participação e demais despesas relacionadas ao plano de saúde;
- 5) Estou ciente dos critérios de uso da carteira de atendimento, como também dos prazos de carências determinados no Regulamento do ASFEB-Saúde, assumindo total responsabilidade pelo uso indevido da mesma;

Salvador, ____ de _____ de _____

Assinatura do Proponente

Cópia dos documentos que devem ser anexados:

RG, CPF, PIS/PASEP, Cartão Nacional de Saúde, Contra Cheque.