



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 ESPECIAL

Categoria:					
<input type="checkbox"/> Sucessor de:		Matricula			
<input type="checkbox"/> Parente vinculado ao cadastro Patrimonial Nº		Grau:			
<input type="checkbox"/> Ex-servidor grupo fisco matrícula SEFAZ Nº		<input type="checkbox"/> Convênio			
<input type="checkbox"/> Servidor Público da SEFAZ não integrante do grupo fisco. Matrícula SEFAZ Nº					
Nome:					
Sexo:		Estado Civil:		Tipo de Sangue:	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<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			
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 <input type="checkbox"/> Pensionista <input type="checkbox"/> Do lar <input type="checkbox"/> Estudante <input type="checkbox"/> Outros					
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

Eu declaro estar de acordo com a admissão do beneficiário especial, assumo a responsabilidade solidária dos débitos contraídos pelo mesmo, no caso de inadimplemento, bem como por atos praticados em desconformidade com o regulamento do Asfeb Saúde. Salvador, ____ de ____ de ____ Assinatura do Beneficiário Titular
--