



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 DEPENDENTE

Nome do Titular:				Registro do Titular:	
Nome do Dependente:				Data adesão:	
Grau de parentesco do dependente com o titular: <input type="checkbox"/> Esposo(a) <input type="checkbox"/> Companheiro(a) <input type="checkbox"/> Filho(a) <input type="checkbox"/> Enteadado(a) <input type="checkbox"/> Pai/Mãe <input type="checkbox"/> Irmão/ã <input type="checkbox"/> Tio(a) <input type="checkbox"/> Sobrinho(a) <input type="checkbox"/> Cunhado(a) <input type="checkbox"/> Neto(a) <input type="checkbox"/> Tutelado(a) <input type="checkbox"/> Ex-companheiro(a) <input type="checkbox"/> Ex-conjuge <input type="checkbox"/> Genro/Nora <input type="checkbox"/> Primo(a) <input type="checkbox"/> Sogro(a) <input type="checkbox"/> Bis-neto(a) <input type="checkbox"/> Outros <input type="text"/>					
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:					
Atividade Laboral:					

Declaro para fins de inclusão do meu dependente 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) Sou o responsável pela atualização, junto ao setor de cadastro do ASFEB-Saúde, dos dados acima;
- 3) Assumo total responsabilidade pelas despesas decorrentes da inscrição do meu dependente;
 - 4) 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 pelo meu dependente ora inscrito;

Salvador, ____ de _____ de ____

Assinatura do Titular

Cópia dos documentos do dependente que devem ser anexados:

Carteira de Identidade, CPF, PIS/PASEP, Cartão Nacional de Saúde, Documento que comprove o grau de parentesco com o titular.