

Termo de Adesão Plano de Saúde

1. Beneficiário

Nome			Nº de Inscrição	Data de Inscrição
Patrocinadora		Matrícula	Lotação	Data de Admissão
Endereço (Logradouro, Bairro, Complemento, etc)			Cidade	
UF	CEP	Telefones () ()		Data de Nascimento
Sexo [](vide item 3)		Estado Civil [](vide item 3)	CPF	Atividade Principal Desenvolvida (Ocupação)
Tipo de Documento		Número do Documento	Órgão Emissor/UF	Data de Emissão
E-Mail		Banco	Agência	Conta-Corrente
Filiação Mãe: _____ Pai: _____				

2. Dependentes (utilize os códigos do item 3 para preencher os dados de seus dependentes)

Nome	CPF	Data Nasc.	Sexo	Est.Civil	Parentesco	Tipo Dep.

3. Instruções para Preenchimento

Sexo 01 - Masculino 02 - Feminino	Estado Civil 01 - Solteiro 02 - Casado 03 - Sep.Judicial 04 - Viúvo 05 - Divorciado	Tipo de Dependente 01 - Direto	Grau de Parentesco 01 - Cônjuge 02 - Companheiro(a) 03 - Filho(a) 04 - Filho(a)Inválido(a) 05 - Enteado(a) 06 - Menor s/ guarda
---	--	-----------------------------------	---

4. Termos do Requerimento

Declaro, para os devidos fins, que recebi, em sua íntegra, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), conforme exigência prevista na Resolução Normativa nº 195, da Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

Declaro, ainda, que li e compreendi o conteúdo do documento acima indicado, antes de formalizar este Termo de Adesão. Ademais, foi-me esclarecido que o conhecimento do MPS não substitui a leitura do Regulamento do Plano A-1, disponibilizado no site da Saúde BRB: <http://www.saudebrb.com.br/>.

Tenho ciência de que informações complementares, referentes à contratação do Plano de Saúde A-1, poderão ser obtidas junto à Saúde BRB, inclusive por meio do telefone (61) 3325-1666, ou, ainda, perante a ANS, por meio do site <http://www.ans.gov.br/>, ou pelo Disque-ANS (0800-701-9656). Por este Termo, autorizo a SAÚDE BRB – Caixa de Assistência, uma vez aprovada minha adesão, a descontar em folha de pagamento ou debitar em minha conta-corrente as contribuições e participações (percentual sobre a utilização do Plano de Saúde) e demais despesas por mim e meus dependentes efetuadas junto a essa Caixa de Assistência, inclusive após o meu desligamento do Plano, que não me desonera, nem a meus dependentes, dos débitos das coparticipações e contribuições devidas até a data da exclusão, ainda que não processadas.

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

5. Deferimento da Saúde BRB – Caixa de Assistência

[] Sim [] Não Data: ___/___/___ Assinatura: _____

Observações: _____

Obs.: Apresentar, juntamente com este Termo, cópias dos documentos comprobatórios dos Dependentes (Certidão de Casamento, Certidão de Nascimento)