

Formulário de Cadastramento de Beneficiário

Nome da Empresa	M	A	I	S	C	L	U	B	E	D	E	S	E	G	U	R	O	S	L	T	D	A
Nome do Titular																						
Nome da Mãe do Titular																						
CPF do Titular																						
Nº de Identidade do Titular																						
Endereço Residencial do Titular (rua, avenida)																						
Complemento End																						
Bairro																						
Cidade																						
TIPO DE PLANO	CLÁSSICO () EXCLUSIVO () DENT CLUB ()																					
ANEXAR CÓPIA: RG, CPF, REGISTRO OAB ou Carteira do plano OAB Saúde, COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA, REGISTRO DE CASAMENTO / NASCIMENTO DO DEPENDENTE																						

DADOS DOS DEPENDENTES												OBS.: 1) Digitar ou preencher com letra de forma. 2) Os dependentes deverão acompanhar o mesmo plano do titular. 3) Este formulário apenas será válido com assinatura do titular.													
Nome Dep.1																							Sexo		
Mãe do Dependente 1																							Data de Nascimento		
CPF Dependente 1												Parentesco													
Nome Dep.2																							Sexo		
Mãe do Dependente 2																							Data de Nascimento		
CPF Dependente 2												Parentesco													
Nome Dep.3																							Sexo		
Mãe do Dependente 3																							Data de Nascimento		
CPF Dependente 3												Parentesco													
Nome Dep.4																							Sexo		
Mãe do Dependente 4																							Data de Nascimento		
CPF Dependente 4												Parentesco													
Nome Dep.5																							Sexo		
Mãe do Dependente 5																							Data de Nascimento		
CPF Dependente 5												Parentesco													

Assinatura: _____

Nome legível: _____

Data: ____/____/____

Carimbo
(Uso Exclusivo MMS SAÚDE)

**INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES QUE FAZEM PARTE
INTEGRANTE DO FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO**

Declaro que as informações a seguir prestadas por mim, são verdadeiras e completas, além de ter conhecimento da obrigatoriedade de comunicar a esta operadora, doenças ou lesões pré-existentes, sob pena de imputação de fraude.

Declaração de Saúde

Questionário a ser preenchido pelo proponente titular de próprio punho por si e pelo(s) dependente(s).

N°	DOENÇAS	Resposta Sim ou Não (por extenso)					
		PROPONENTE					
		Titular	Dep1	Dep2	Dep3	Dep4	Dep5
1	Doença do Aparelho Digestivo						
2	Doença Ortopédica						
3	Doença Neurológica						
4	Doença das Veias e Artérias						
5	Doença do Aparelho Cárdio –circulatório						
6	Doença Congênita						
7	Hérnia						
8	Doença do Sangue ou Imunológica						
9	Doença de Ouvido, Nariz e Garganta						
10	Doença do Aparelho Respiratório						
11	Doença do Aparelho Gênitó-urinário						
12	Doença Ginecológica						
13	Doença ou Tumorações Benignas						
14	Doença dos Órgãos Genitais Masculinos						
15	Doença Oftalmológica						
16	Doença do Colágeno (auto-ímmunes)						
17	Doença e Transtornos Mentais e Psiquiátricos						

PARA QUALQUER RESPOSTA AFIRMATIVA ESCLARECER ABAIXO

Item acima	Proponente	Esclarecimento sobre a declaração de saúde

Declaro que nada omiti em relação ao meu estado de saúde e/ou de meu(s) dependente(s), prestando informações completas e verídicas. Concordo que as declarações prestadas farão parte integrante do contrato do plano a ser celebrado com a operadora, ficando a mesma autorizada a utilizá-la em qualquer época, no amparo e na defesa de seus direitos, sem que tal autorização implique em ofensa ao sigilo profissional. De conformidade com o artigo 1.444 do Código Civil Brasileiro, declaro está ciente que, se tiver omitido circunstâncias que possam influir na aceitação da alteração de cadastro, perderei o direito ao plano de assistência.

Entrevista Qualificada:

- Declaro que fui orientado pelo médico particular, no preenchimento da declaração da saúde acima.
- Declaro que fui orientado pelo médico da rede preferencial da MMS SAÚDE, no preenchimento da declaração de saúde acima.
- Declaro ter conhecimento de todas as perguntas da declaração de saúde, e que dispensei orientação médica para responder as mesmas, tendo ciência das responsabilidades pelas informações por mim prestadas.

Doença Pré-existente

Tendo em vista a condição de doença pré-existente do proponente

acometido de _____, estou ciente do período de 24 (vinte e quatro) meses, estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e lesões pré-existentes por mim declaradas não têm cobertura integral, havendo, neste período, a exclusão da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade relacionados à condição acima discriminada, conforme determinação da Agência Nacional de Saúde – ANS.

Forma de pagamento

A mensalidade deste plano de saúde será calculada segundo os valores individuais de acordo com as faixas etárias da tabela vigente. O pagamento será efetuado através de boleto bancário conforme data vencimento escolhida abaixo:

Vencimento 10 ; **Vencimento 20** ; **Vencimento 30**

Data de vencimento deverá ser no mínimo após 10 dias da adesão.

Condições Contratuais

Estou ciente das cláusulas do contrato coletivo por adesão firmado entre a MMS SAÚDE e Mais Clube em convênio com a OAB/PE e CAAPE.

_____ / ____ / _____