

Contratante: _____

1. Inclusão do titular 3. Exclusão do titular

Somente para movimentação cadastral 2. Inclusão do dependente 4. Exclusão do dependente

Categoria do Plano

	Legenda		Matricula	
	Sexo : F=Feminino M=Masculino		Aditivo nº	Tabela nº
	Estado Civil : 01-Solteiro 02-Casado 03-Outros			
Parentesco : 01-Cônjuge 02-Filho 03-Pais 04-Companheiro 05-Outros				

Usuário TITULAR

Nome: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ Est. Civil: _____ Mensalidade do Titular - R\$: _____
 Nome da Mãe: _____
 Nome do responsável (Caso o titular ser menor de idade ou não ser o responsável financeiro): _____ RG: _____ C.P.F.: _____

Dados do Titular

Ocupação: _____ RG: _____ C.P.F.: _____
 Endereço Residencial: _____ Nº: _____ Apto.: _____ Bloco: _____ Complemento: _____
 Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____
 (DDD) Telefone Residencial: _____ (DDD) Telefone Comercial: _____ Ramal: _____ (DDD) Telefone Celular: _____
 Endereço de Correspondência: _____ Nº: _____ Apto.: _____ Bloco: _____ Complemento: _____
 Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____
 Número do Cartão Nascido Vivo: _____ Nº do Cartão do SUS: _____

Dados dos usuários dependentes/agregados

Nome: 01 _____	Data de Nascimento	Sexo	Est. Civil	Parent	Valor da Mensalidade R\$
Nome da Mãe: _____	CPF. Dependente				
Número do Cartão Nascido Vivo: _____	Nº do Cartão do SUS: _____				
Nome: 02 _____	Data de Nascimento	Sexo	Est. Civil	Parent	Valor da Mensalidade R\$
Nome da Mãe: _____	CPF. Dependente				
Número do Cartão Nascido Vivo: _____	Nº do Cartão do SUS: _____				
Nome: 03 _____	Data de Nascimento	Sexo	Est. Civil	Parent	Valor da Mensalidade R\$
Nome da Mãe: _____	CPF. Dependente				
Número do Cartão Nascido Vivo: _____	Nº do Cartão do SUS: _____				
Nome: 04 _____	Data de Nascimento	Sexo	Est. Civil	Parent	Valor da Mensalidade R\$
Nome da Mãe: _____	CPF. Dependente				
Número do Cartão Nascido Vivo: _____	Nº do Cartão do SUS: _____				

Declaração do titular

01. Declaro, também, que tenho conhecimento da existência e disponibilidade do plano referência e que o mesmo me foi oferecido, sendo a minha opção pela contratação do plano referido nesta proposta.
 02. Declaro estar ciente, nos termos que estabelece o artigo 13 da Lei 9656/98, Caso os documentos ou declarações apresentadas não sejam verdadeiros e completos, ou forem omitidas informações que possam influenciar na aceitação da PROPOSTA DE ADESÃO - PME, responderá por fraude e perderá o direito ao plano de saúde, sendo seu contrato suspenso ou denunciado, devendo ressarcir à Bio Vida todas as despesas.

Local e Data

Assinatura do Titular ou Representante Legal
(Carimbo da Empresa)

Redução de carência

Em se tratando de migração de outra operadora, informar os dados abaixo, anexar contrato e 3 últimos pagamentos.
 Aproveitamento / redução de carência sujeito a aprovação e critério da Bio Vida Saúde.

01. Nome do plano original | 02. Número Contrato | 03. Início | 04. Valor última Mensalidade

Tempo de Plano(meses) Itens tabela de redução

Nome do Corretor | Código de Corretor | Telefone | E-mail