



Proposta de Admissão
PLANO COLETIVO EMPRESARIAL

Plano de Saúde Ambulatorial + Hospitalar com Obstetrícia

ANS nº 41435-2

Razão Social da Empresa Proponente / Contratante

CNPJ / MF		Inscrição Estadual			Inscrição Municipal		
Endereço					Complemento		
Bairro	Município	CEP		UF	DDD	Fone	
Endereço para Cobrança					Bairro		
Município	CEP	UF	DDD	Fone	Fax	Cel.	
Representante Legal / Contato				Vigência		Dia p/ Pagto. Sub. / /	

Plano Disponível (cód. / nome) - Assinalar com X a opção contratada

COLETIVO EMPRESARIAL PME RE Registro Nº 41435-2			
Faixa Etária	Qte. Vidas	Vr. Unitário	Vr. Total
0 a 18 anos			
19 a 23 anos			
24 a 28 anos			
29 a 33 anos			
34 a 38 anos			
39 a 43 anos			
44 a 48 anos			
49 a 53 anos			
54 a 58 anos			
59 anos ou mais			
Nº Total de Usuários		Taxa Administrativa	
		Total	

DECLARAÇÕES DA EMPRESA PROPONENTE / CONTATANTE

- DECLARAMOS QUE, AO PREENCHER E ASSINAR ESTA PROPOSTA, RECEBEMOS VIA ORIGINAL DO RESPECTIVO CONTRATO, O QUAL FOI INTEGRALMENTE LIDO, ENTENDIDO E ACEITO POR NÓS, SEM QUAISQUER RESTRIÇÕES AO SEU CONTEÚDO, RAZÃO PELA QUAL TAMBÉM O ASSINAMOS.
- DECLARAMOS, PARA OS DEVIDOS FINS E FEITOS, QUE ESTAMOS CIENTES E DE ACORDO COM TODAS AS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, INCLUSIVE QUANTO AOS PRAZOS DE CARÊNCIA, NÃO TENDO QUAISQUER DÚVIDAS COM RELAÇÃO À SUA APLICAÇÃO.
- DECLARAMOS, PARA TODOS OS FINS E EFEITOS, QUE TEMOS PLENO CONHECIMENTO DE QUE A REDUÇÃO DE PRAZOS DE CARÊNCIA, CONCEDIDA PELA OPERADORA, NÃO ALTERARÁ AS DEMAIS CONDIÇÕES CONTRATUAIS, PRINCIPALMENTE AQUELAS RELATIVAS A LIMITAÇÕES DE COBERTURA E CONCLUSÕES, BEM COMO QUE TAL REDUÇÃO SERÁ DETERMINADA EM CONFORMIDADE COM A SEGUINTE TABELA:

CARÊNCIAS: DE ACORDO COM O NÚMERO DE VIDAS NO ATO DA CONTRATAÇÃO.

SERÁ DE ACORDO COM A LEGENDA:

OBS.: PARA OS CONTRATOS ACIMA DE 29 VIDAS A CARÊNCIA É ISENTA.

LEGENDA / CARÊNCIAS

GRUPO VIDAS	6;1	6;2	6;3	6;4	6;5	6;5	6;6	6;7
DE 02 A 05	24 hs.	24 hs.	24 hs.	120 dias	180 dias	180 dias	300 dias	720 dias
DE 06 A 10	24 hs.	24 hs.	24 hs.	100 dias	160 dias	160 dias	300 dias	720 dias
DE 11 A 19	24 hs.	24 hs.	24 hs.	90 dias	150 dias	160 dias	300 dias	720 dias
DE 20 A 29	24 hs.	24 hs.	24 hs.	60 dias	120 dias	120 dias	300 dias	720 dias

LEGENDA

- 6;1 - Urgência/emergência
- 6;2 - Consultas
- 6;3 - Exames de Rotina / RX
- 6;4 - Exames Espec./Proc. Amb.
- 6;5 - Outros Exames
- 6;5 - Internação clínica/cirúrgica
- 6;6 - Parto e suas consequências
- 6;7 - Cobertura parcial temporária

- DECLARAMOS, AINDA, QUE ESTAMOS CIENTES DE QUE SE, A QUALQUER TEMPO, FICAR COMPROVADO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS, POR NÓS OU POR BENEFICIÁRIO A NÓS VINCULADO, NÃO SÃO VERDADEIRAS E COMPLETAS, COM OMISSÃO DE CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DE ASSOCIADO OU NO CÁLCULO DAS TAXAS MENSAS, O CONTRATO FICARÁ ANULADO, SEM QUE TENHAMOS DIREITO À DEVOLUÇÃO DOS VALORES PAGOS E INDEPENDENTEMENTE DAS PENALIDADES LEGAIS CABÍVEIS.

RECIBO DE PAGAMENTO INICIAL

R\$ _____ (_____ e centavos acima)
 Recebemos a importância supra, referente à primeira Mensalidade da presente Proposta de Adesão, representada pelo cheque, nº _____, sacado contra o Banco _____ e Agência _____, sendo certa sua devolução em caso de não efetivação da Proposta de Adesão Pela Operadora _____

Local e Data _____ Contratante (assinatura sob carimbo) _____ Operadora (assinatura autorizada) _____ Nome Vendedor (Corretora) _____

1ª Via (Branca) - Operador / 2ª Via (Verde) - Corretora / 3ª Via (Rosa) - Contratante

HBC SAÚDE LTDA.
CNPJ/MF nº 05.011.316/0001-00
Registro na ANS nº 41.435-2

FICHA DE INSCRIÇÃO CADASTRAL relativa ao
CONTRATO de COBERTURA de DESPESAS
com ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Nº

SEGMENTAÇÃO:
AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

PLANO COLETIVO
EMPRESARIAL

Carta de correção do PME

										Tipo de Movimentação		
										Inclusão	Alteração	Exclusão
Contratante					Contrato nº		Cód. Contratante		Cód. Identificação			
CP	Beneficiário Titular				Local		Matric. (RE)		Data de Admissão			
00	Nome (completo) da Mãe:											
	Nome (completo) do Pai:											
Data de Nascimento		Idade	Sexo	Est. Civil	Data de Demissão		Tipo Doc.	Nº Doc. (CPF-MF, PIS/PASEP ou CNS)		Cédula de Identidade/RG (nº - UF)		
/ /					/ /							
Endereço Residencial							Número	Complemento (bloco, apto. etc.)				
Bairro			Município				CEP		Estado			
Cat. Func.	Plano Contratado (cód./nome)			Mot. Movim.	Data Movimentação		Restrição (CPT)		Cód. Rest.	Cód. Carência	Início de Vigência	
CP	Dependentes				Data de Nascimento		Idade	Sexo	E. C.	Parent.	Cód. Carência	Início de Vigência
01	Nome (completo) da Mãe:				/ /							/ /
02	Nome (completo) da Mãe:				/ /							/ /
03	Nome (completo) da Mãe:				/ /							/ /
04	Nome (completo) da Mãe:				/ /							/ /
05	Nome (completo) da Mãe:				/ /							/ /
Códigos para indicação de Cat.Func.			Códigos para indicação de Estado Civil (E.C.)				Códigos para indicação de grau de Parentesco (Parent.):					

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE TITULAR

- DECLARO QUE, AO PREENCHER E ASSINAR ESTA FICHA DE INSCRIÇÃO CADASTRAL, RECEBI TODAS AS INFORMAÇÕES SOBRE MEUS DIREITOS E OBRIGAÇÕES INERENTES AO PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE CONTRATADO, EM MEU BENEFÍCIO E DE MEUS DEPENDENTES ELEGÍVEIS, PELA PESSOA JURÍDICA ACIMA IDENTIFICADA, QUE FICA POR MIM INVESTIDA DE PLENOS PODERES DE REPRESENTAÇÃO PERANTE A OPERADORA.
- DECLARO, PARA TODOS OS FINS E EFEITOS, QUE AS INFORMAÇÕES POR MIM PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E COMPLETAS, SEM OMISSÃO DE QUAISQUER CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DE MINHA ADESÃO OU DE MEUS DEPENDENTES
- DECLARO, POR FIM, QUE ESTOU CIENTE DE QUE O PLANO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE OBJETO DESTES CONTRATOS, INDEPENDENTEMENTE DE SUA DENOMINAÇÃO E DE SEU NÍVEL DE COBERTURA, CORRESPONDE AO PLANO AMBULATORIAL + HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA, BEM COMO DE QUE A OPERADORA MANTÉM, EM DISPONIBILIDADE PARA COMERCIALIZAÇÃO, PLANO COM COBERTURAS CONTRATUAIS QUE COMPREENDEM O TIPO DE SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL REFERÊNCIA.
- DECLARO, PARA TODOS OS FINS E EFEITOS, QUE AS INFORMAÇÕES POR MIM PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E COMPLETAS, SEM OMISSÃO DE QUAISQUER CIRCUNSTÂNCIAS QUE POSSAM INFLUIR NA ACEITAÇÃO DE MINHA ADESÃO OU DE MEUS DEPENDENTES.

Local e Data	Beneficiário Titular/Representante Legal (assinatura)	Contratante (assinatura sobre carimbo)	
Representante Legal (no caso de Titular incapaz)	CPF/MF (nº - cont.)	Parentesco	

ATENÇÃO: COMPLEMENTAR AS INFORMAÇÕES, PREENCHENDO O FORMULÁRIO "DECLARAÇÃO DE SAÚDE",
QUE FAZ PARTE INTEGRANTE DESTA FICHA DE INSCRIÇÃO CADASTRAL - FIC.