

01-00000001

**INTENÇÃO DE COMPRA  
PLANO DE SAÚDE - HOSPITALAR  
(ISENTO DE TAXA DE ADESÃO)**

ANS - nº 30.214-7

NOME DO PROPONENTE (NÃO ABREVIAR)

NOME SOCIAL (SE HOUVER)

GÊNERO SOCIAL (SE HOUVER)

NASCIMENTO

RG

ÓRG.EMIS./U.F

CPF

PIS

SEXO ESTADO CIVIL

PROFISSÃO / ATIVIDADE

TELEFONE

ENDEREÇO RESIDENCIAL

CELULAR

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

NOME DA MÃE (NÃO ABREVIAR)

NOME DO RESPONSÁVEL (NÃO ABREVIAR)

GRAU DE PARENTESCO

RG

ÓRG.EMIS./U.F

CPF

TELEFONE

E-MAIL

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

BAIRRO

CIDADE

UF

CEP

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

**APÓS OS ESCLARECIMENTOS A RESPEITO DE CADA UM DOS PLANOS DE SAÚDE ABAIXO, INTERESSEI-ME POR:**

- PREVENT SENIOR INDIVIDUAL REFERÊNCIA ENFERMARIA (ANS 499.934/24-7)
- PREVENT SENIOR PREMIUM 1003 APARTAMENTO (ANS 499.965/24-7)
- PREVENT SENIOR PREMIUM 1003 ENFERMARIA (ANS 499.966/24-5)

REDUÇÃO DE CARÊNCIA (ASSINALE SOMENTE EM CASO DE SOLICITAÇÃO DE REDUÇÃO DE CARÊNCIA)

NO PRAZO DE ATÉ 20 DIAS, CONTADOS DA DATA DA ASSINATURA DA PRESENTE INTENÇÃO, A OPERADORA PROCEDERÁ COM A ANÁLISE DOS DOCUMENTOS APRESENTADOS.

PROTOCOLO DE ENTREGA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NOME DO(A) CORRETOR(A)

NR

SUSEP

**APÓS A ANÁLISE DOS DOCUMENTOS, O PAGAMENTO DEVERÁ SER EFETUADO DIRETAMENTE À  
OPERADORA, NO ATO DA ASSINATURA DO CONTRATO.**

