

01-00000001

**INTENÇÃO DE COMPRA
PLANO DE SAÚDE - HOSPITALAR
(ISENTO DE TAXA DE ADESAO)****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 SAFIRA ENFERMARIA (ANS 444.210/03-5)
☐ PREVENT SENIOR MA+S APARTAMENTO (ANS 505.028/25-4)
☐ PREVENT SENIOR MA+S ENFERMARIA (ANS 505.028/25-6)

☐ 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.