

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 1025 APARTAMENTO (ANS 505.408/25-7)☐ PREVENT SENIOR 1025 ENFERMARIA (ANS 505.407/25-8)☐ 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.**