

01-00000001

**INTENÇÃO DE COMPRA
PLANO DE SAÚDE - HOSPITALAR
(ISENTO DE TAXA DE ADESÃO)****ANS - nº 30.214-7**

NOME DO PROPONENTE (NÃO ABREVIAR)

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 REFERENCIAL (ANS 444.210/03-5)
- PREVENT SENIOR 1000 - ENFERMARIA (ANS 484.053/19-4)
- PREVENT SENIOR 1000 - APARTAMENTO (ANS 484.055/19-1)

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

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 ADESÃO DO CONTRATO.