

CARTÃO PROPOSTA EMPRESARIAL

SUCURSAL

CÓDIGO

NÚMERO DO SEGURO DO TITULAR
(mentionar quando tratar-se de inclusão de dependente)

SEGURO NOVO

INCLUSÃO DE DEPENDENTE

CORRETOR

SUSEP

PROPONENTE/TITULAR

ESTIPULANTE			Nº DO ESTIPULANTE	Nº DO SUB-ESTIPULANTE	UNIDADE	INÍCIO DE VIGÊNCIA
-------------	--	--	-------------------	-----------------------	---------	--------------------

NOME COMPLETO (*)			CPF (*)
R.G. (*°)	ÓRGÃO EMISSOR/UF (**)	DATA DE EXPEDIÇÃO (**)	SE ESTRANGEIRO, INFORMAR O N° DO PASSAPORTE OU DA CARTEIRA CIVIL (**)

IDADE	SEXO (*)	ESTADO CIVIL (*)	E-MAIL	CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*)	
-------	----------	------------------	--------	------------------------------	--

ENDEREÇO COMPLETO (*)				Nº (*)	COMPLEMENTO
-----------------------	--	--	--	--------	-------------

BAIRRO (*)		CIDADE (*)	UF (*)	CEP (*)	(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (*)
------------	--	------------	--------	---------	--------------------------------

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (**)			DATA DE ADMISSÃO (*)	REGISTRO FUNCIONAL
---	--	--	----------------------	--------------------

CENTRO DE CUSTO		FAIXA DE COPARTICIPAÇÃO	PLANO
-----------------	--	-------------------------	-------

PIS/PASEP (*)		NOME DA MÃE (*)
---------------	--	-----------------

RESPONSÁVEL LEGAL (Preencher quando o proponente/titular for menor de idade)

NOME COMPLETO (*)			CPF (*)	GRAU DE PARENTESCO (*)
-------------------	--	--	---------	------------------------

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (**)			R.G. (**°)	ÓRGÃO EMISSOR/UF (**)	DATA DE EXPEDIÇÃO (**)
---	--	--	------------	-----------------------	------------------------

ENDEREÇO COMPLETO (*)						Nº (*)	COMPLEMENTO
-----------------------	--	--	--	--	--	--------	-------------

BAIRRO (*)		CIDADE (*)	UF (*)	CEP (*)	(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (*)
------------	--	------------	--------	---------	--------------------------------

DEPENDENTES

SEXO: (M) MASCULINO (F) FEMININO	ESTADO CIVIL: (1) SOLTEIRO (2) CASADO (3) VIÚVO (4) DIVORCIADO/SEPARADO	PARENTESCO: (5) CÔNJUGE (6) FILHO (7) DEPENDENTES ESPECIAIS
----------------------------------	---	---

DEPENDENTE 1 (*)		CPF (**)
------------------	--	----------

DATA DE NASCIMENTO (*)		IDADE	SEXO (*)	ESTADO CIVIL (*)	GRAU DE PARENTESCO(*)	R.G. (**°)	ÓRGÃO EMISSOR/UF (**)	DATA DE EXPEDIÇÃO (**)
------------------------	--	-------	----------	------------------	-----------------------	------------	-----------------------	------------------------

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*)			NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO					
------------------------------	--	--	--------------------------------------	--	--	--	--	--

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (**)			ENDEREÇO COMPLETO (*)					
---	--	--	-----------------------	--	--	--	--	--

Nº (*)	COMPLEMENTO	BAIRRO (*)	CIDADE (*)			UF (*)
--------	-------------	------------	------------	--	--	--------

CEP (*)	(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (**)	NOME DA MÃE (DEPENDENTE 1) (*)					
---------	---------------------------------	--------------------------------	--	--	--	--	--

DEPENDENTE 2 (*)		CPF (**)
------------------	--	----------

DATA DE NASCIMENTO (*)		IDADE	SEXO (*)	ESTADO CIVIL (*)	GRAU DE PARENTESCO (*)	R.G. (**°)	ÓRGÃO EMISSOR/UF (**)	DATA DE EXPEDIÇÃO (**)
------------------------	--	-------	----------	------------------	------------------------	------------	-----------------------	------------------------

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*)			NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO					
------------------------------	--	--	--------------------------------------	--	--	--	--	--

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (**)			ENDEREÇO COMPLETO (*)					
---	--	--	-----------------------	--	--	--	--	--

Nº (*)	COMPLEMENTO	BAIRRO (*)	CIDADE (*)			UF (*)
--------	-------------	------------	------------	--	--	--------

CEP (*)	(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (**)	NOME DA MÃE (DEPENDENTE 2) (*)					
---------	---------------------------------	--------------------------------	--	--	--	--	--

DEPENDENTE 3 (*)		CPF (**)
------------------	--	----------

DATA DE NASCIMENTO (*)		IDADE	SEXO (*)	ESTADO CIVIL (*)	GRAU DE PARENTESCO (*)	R.G. (**°)	ÓRGÃO EMISSOR/UF (**)	DATA DE EXPEDIÇÃO (**)
------------------------	--	-------	----------	------------------	------------------------	------------	-----------------------	------------------------

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*)			NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO					
------------------------------	--	--	--------------------------------------	--	--	--	--	--

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (**)			ENDEREÇO COMPLETO (*)					
---	--	--	-----------------------	--	--	--	--	--

Nº (*)	COMPLEMENTO	BAIRRO (*)	CIDADE (*)			UF (*)
--------	-------------	------------	------------	--	--	--------

CEP (*)	(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (**)	NOME DA MÃE (DEPENDENTE 3) (*)					
---------	---------------------------------	--------------------------------	--	--	--	--	--

DEPENDENTE 4 (*)		CPF (**)
------------------	--	----------

DATA DE NASCIMENTO (*)		IDADE	SEXO (*)	ESTADO CIVIL (*)	GRAU DE PARENTESCO (*)	R.G. (**°)	ÓRGÃO EMISSOR/UF (**)	DATA DE EXPEDIÇÃO (**)
------------------------	--	-------	----------	------------------	------------------------	------------	-----------------------	------------------------

CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (*)			NÚMERO DA DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO					
------------------------------	--	--	--------------------------------------	--	--	--	--	--

PROFISSÃO / ATIVIDADE PRINCIPAL DESENVOLVIDA (**)			ENDEREÇO COMPLETO (*)					
---	--	--	-----------------------	--	--	--	--	--

Nº (*)	COMPLEMENTO	BAIRRO (*)	CIDADE (*)			UF (*)
--------	-------------	------------	------------	--	--	--------

CEP (*)	(DDD) TELEFONE RESIDENCIAL (**)	NOME DA MÃE (DEPENDENTE 4) (*)					
---------	---------------------------------	--------------------------------	--	--	--	--	--

Afirmo que todas as informações acima são verdadeiras e assumo inteira responsabilidade pelos dados apresentados, assim como tenho conhecimento de que as declarações inexactas e/ ou sua omissão que implique(m) na aceitação da proposta ou no valor da mensalidade, poderá resultar na perda do direito à manutenção do plano e/ ou revisão do valor da mensalidade, com cobranças de valores eventualmente devidos, em conformidade com a Lei n. 9656/98 e resoluções normativas da ANS - Agência Nacional de Saúde.

LOCAL E DATA _____ ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA SOB CARIMBO _____

(*) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO (**) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PARA MAORES DE 18 ANOS

(***) PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO EM ATENDIMENTO À RN 117/2005 DA ANS. A NÃO INFORMAÇÃO DESTES DADOS PODERÁ SER ALVO DE NOTIFICAÇÃO À ANS, ACERCA DA NÃO OBTENÇÃO DOS DADOS

Informações/ Solicitações de serviços/ Senhas: 011 3366.3727 (Grande São Paulo) 0800.727.3050
 SAC: 0800.727.6161 (Reclamações, cancelamento e informação) ouvidoria.portomed@portoseguro.com.br 0800.727.8737 (Atendimento exclusivo para pessoas com deficiência auditiva) ou acesse www.portoseguro.com.br/portomed