



SEGUROS

CNPJ 04.540.010/0001-70

CARTÃO PROPOSTA EMPRESARIAL

SUCURSAL

CÓDIGO

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

SEGURO NOVO

INCLUSÃO DE DEPENDENTE

CORRETOR

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 Nº DO PASSAPORTE OU DA CARTEIRA CIVIL (\*\*)

DATA DE NASCIMENTO (\*)

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 inexatas 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 MAIORES 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