

Declaração de Saúde

Proposta nº

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho e sem rasuras.

ANS - nº 41.764-5

Administradora de Benefícios



ANS - nº 005711



Bradesco
Saúde

Para o preenchimento da Declaração de Saúde abaixo, V.Sª poderá utilizar um médico para sua orientação. Solicite ao seu corretor a relação de referenciados da Bradesco Saúde S.A. Se V.Sª preferir algum médico referenciado para realização da consulta, esta não lhe trará qualquer ônus. A consulta também pode ser feita com um médico não referenciado de sua escolha e, neste caso a despesa ficará por sua conta. **Os campos de 1 a 31, deverão ser preenchidos com S (Sim) ou N (Não). Caso um ou mais itens sejam afirmativos, esclareça-os no quadro complementar no final deste questionário.**

		Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4
1	É portador de diabetes? Se sim, informe no quadro ao final deste questionário a data do diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento e as complicações a ela associadas.					
2	É portador de alguma doença endocrinológica, tal como hipotireoidismo, tireoidite, obesidade e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de doença, o tratamento realizado e o período de tratamento					
3	É portador de câncer? Se sim, informe a data do diagnóstico, o órgão afetado, o tratamento realizado, o período de tratamento e as manifestações da doença em outros órgãos (metástases).					
4	É portador de doenças sexualmente transmissíveis ou outras doenças infecto-contagiosas, tal como Aids, doenças venéreas, hepatite, meningites, tuberculose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
5	Submete-se a algum tipo de tratamento à base de quimioterapia, radioterapia, diálise ou litotripsia? Se sim, informe o tipo de tratamento e o tipo de patologia.					
6	É portador de hérnia, tal como inguinal uni/bilateral, umbilical, incisional e outras? Se sim, informe a data da cirurgia.					
7	É portador de alguma doença cardiovascular, tal como angina, infarto do miocárdio, cardiopatia e outras? Se sim informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado, o período de tratamento e a data da cirurgia.					
8	É portador de hipertensão arterial (pressão alta)? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
9	É portador de alguma doença do aparelho respiratório, tal como asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, bronquite, enfisema e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
10	É portador de alguma doença do ouvido, nariz ou garganta, tal como sinusite, desvio de septo, amigdalite, otite e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
11	É portador de alguma doença gastroenterológica, tal como úlcera, cirrose hepática, pancreatite, doença inflamatória intestinal e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
12	É portador de alguma doença ortopédica, tal como escoliose, cifose, artrose e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento					
13	É portador de hérnia de disco cervical, lombar ou dorsal? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
14	É portador de alguma doença reumática, tal como artrite, lúpus, osteomielite e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
15	É portador de alguma doença neurológica, tal como acidente vascular, cerebral (derrame) doença de Parkinson, epilepsia, paralisia cerebral, doença de Alzheimer, esclerose múltipla e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
16	É portador de doença psiquiátrica, tal como depressão, esquizofrenia, demência, alcoolismo, dependência de drogas e outras? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado (psicoterápico) e o período de tratamento.					
17	É portador de alguma doença de sangue tal como anemia, leucemia, linfoma, doença de Hodgkin, mieloma múltiplo e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
18	Submete-se a alguma transfusão de sangue ou de seus derivados? Se sim, informe a data de transfusão e o motivo.					
19	É portador de doença oftalmológica, tal como catarata, miopia, glaucoma, estrabismo, astigmatismo, hipermetropia e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado, o período de tratamento, as doenças associadas com manifestações oftalmológicas, o uso de óculos, lentes de contato e o grau de correção necessária.					
20	É portador de alguma doença ginecológica, tal como mioma uterino, cisto de ovário, nódulo de mama, prolapso genital e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
21	É portador de alguma doença urológica ou renal, tal como cálculo renal, insuficiência renal, doença de próstata, varicocele e outras? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
22	É portador de alguma doença ou deformidade congênita ou hereditária? Se sim, informe qual.					
23	É portador de varizes? Se sim, informe a data de diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
24	É portador de alguma seqüela provocada por alguma doença ou acidente? Se sim, informe a data do acidente/doença e o tipo de seqüela.					
25	É portador de prótese e/ou órtese, tal como marca-passo, prótese ortopédica, válvula cardíaca, stent? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tratamento realizado e o período de tratamento.					

Declaração de Saúde

Proposta n°

É obrigatório o preenchimento desta Declaração de Saúde pelo proponente titular, de próprio punho e sem rasuras

ANS-nº41.764-5

Administradora de Benefícios



ANS - n° 005711



Bradesco
Saúde

		Titular	Dep.1	Dep.2	Dep.3	Dep.4
26	É transplantado ou tem indicação de submeter-se a algum tipo de transplante? Se sim, informe a data do transplante ou a data de indicação do transplante e o tipo de transplante.					
27	Está grávida? Se sim, informar o tempo de gravidez.					
28	É portador de qualquer outra deficiência de órgãos, membros ou sentidos? Se sim, informe a data do diagnóstico, o tipo de patologia, o tratamento realizado e o período de tratamento.					
29	É portador de alguma doença não relacionada nas perguntas anteriores? Se sim, informe o tipo e a data do tratamento realizado.					
30	Tem indicação para submeter-se a algum tratamento clínico? Se sim, informe-o especificamente.					
31	Tem indicação para submeter-se proxicamente a algum tratamento cirúrgico? Se sim, informe-o especificamente.					

Se a resposta a algum dos itens acima for positiva, para qualquer um dos proponentes, responder de acordo com o que foi solicitado, especificando o item e o código do proponente. Este campo também pode ser utilizado para comentários ou informações adicionais que se fizerem necessários.

[illegible]

Informações importantes:

1. No preenchimento desta Declaração de Saúde, V.Sª tem a opção de ser orientado, sem ônus financeiro, por um médico referenciado da Bradesco Saúde, ou por um de sua confiança caso em que as despesas com honorários serão de sua responsabilidade.
2. Caso opte pela orientação de médico referenciado, solicite ao seu Corretor a Relação de Referenciados da Bradesco Saúde habilitados a realizar este procedimento.
3. Esta Declaração de Saúde tem por objetivo registrar a existência de doenças e lesões preexistentes, como sendo aquelas que V.Sª tenha conhecimento no momento da assinatura da proposta deste grupo, em relação a si próprio ou a qualquer de seus dependentes que pretende incluir no seguro.
4. Havendo Declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecida pela Bradesco Saúde a Cobertura Parcial Temporária (CPT), na forma determinada pela Lei nº 9.656/98 e sua atualização.

Cobertura Parcial Temporária (CPT) – V.Sª ou qualquer de seus dependentes, não terá direito aos procedimentos de alta complexidades, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses.

Nenhuma cobertura poderá ser negada a V.Sª, ou a qualquer um de seus dependentes, para doenças ou lesões preexistentes não declaradas, até que a Bradesco Saúde apresente as provas concretas junto à Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) de que V.Sª omitiu a doença ou lesão no preenchimento desta Declaração de Saúde. **ATÉ DECISÃO DA ANS NÃO HAVERÁ SUSPENSÃO DO CONTRATO NEM DO ATENDIMENTO.**

A omissão de informação sobre a existência de doença ou lesão preexistente da qual V.Sª saiba ser portador no momento do preenchimento dessa declaração, para si ou para qualquer dependente, desde que comprovada junto à ANS, pode acarretar a suspensão ou o cancelamento do seguro. Nesse caso, V.Sª será responsável pelo pagamento das despesas realizadas com o tratamento da doença ou lesão omitida, a partir da data em que tiver recebido comunicado ou notificação da Bradesco Saúde alegando a existência de doença ou lesão preexistente não declarada.

Artigo 766 do Código Civil Brasileiro – “se o Segurado por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido.”



DEFINIÇÕES IMPORTANTES

Conforme os normativos da ANS, seguem as definições de **Cobertura Parcial Temporária (CPT)** e **Agravo**:

Cobertura Parcial Temporária (CPT) : período de 24 (vinte quatro meses), estabelecido em contrato, durante o qual as doenças e lesões preexistentes declaradas pelo consumidor não têm cobertura integral, podendo, neste período, haver exclusão da cobertura de eventos cirúrgicos, procedimentos de alta complexidade definidos pela ANS e internação em unidade de tratamento intensivo, assim consideradas aquelas que apresentam as características definidas na Portaria GM nº 3.432, de 12 de agosto de 1998, do Ministério da Saúde.

Agravo: acréscimo no valor da mensalidade do seguro de saúde, oferecido ao consumidor como alternativa à adoção de cláusula de Cobertura Parcial Temporária para doenças ou lesões preexistentes. A Bradesco Saúde não pratica Agravo.

Entrevista Qualificada:

- ☐ 1. Declaro que fui orientado por médico referenciado da Bradesco Saúde no preenchimento da Declaração de Saúde.
- ☐ 2. Declaro que fui orientado pelo meu médico particular, não referenciado da Bradesco Saúde, no preenchimento da Declaração de Saúde.
- ☐ 3. Declaro que me foram oferecidas as opções 1 e 2 acima especificadas, e que, tendo conhecimento de todos os itens da Declaração de Saúde, deixei de fazer a entrevista médica qualificada, assumindo total responsabilidade pelas informações por mim prestadas nessa Declaração.

Médico Orientador (quando for o caso): () Credenciado pela operadora () Particular

Declaro que prestei as orientações necessárias para o Beneficiário Titular ou seu Representante Legal, preencher, de próprio punho, esta declaração.

Assinatura do médico sob carimbo (com nome, CRM e CPF)

ATENÇÃO: RESPONDER, DE PRÓPRIO PUNHO, O QUESTIONÁRIO APRESENTADO A SEGUIR, FORNECENDO INFORMAÇÕES/ESCLARECIMENTOS COMPLEMENTARES, SEMPRE QUE A RESPOSTA TENHA SIDO POSITIVA.

Local

data

Assinatura do Proponente (Beneficiário) Titular
ou seu Representante Legal

Contratante
(Assinatura sob carimbo)

Termo de Adesão

Proposta nº

ANS - nº 41.764-5

Administradora de Benefícios



ANS - nº 005711



Bradesco
Saúde

Pelo presente declaro expressamente que, após ter recebido, lido e compreendido o "Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde" (MPS), editado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), CONCORDO E ESTOU CIENTE QUE:

1. Este instrumento é meu Contrato de Adesão (a "Proposta") ao Contrato de Seguro de Assistência a Saúde – Coletivo por Adesão (o "Benefício"), celebrado entre a Nunes & Grossi Administradora de Benefícios e Serviços LTDA (a "Administradora de Benefícios") e Bradesco Saúde S.A. (a "Operadora"); é destinado à população que mantenha o vínculo com a minha "Entidade" que é a pessoa Jurídica Legitimada, indicada na página 1 (um) desta Proposta.

2. A aceitação de minha Proposta depende da comprovação de meu vínculo com a Entidade, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo estão sendo entregues por mim ao angariador no ato da assinatura desta, para que a idoneidade deles seja conferida em até 15 (quinze) dias pela Administradora de Benefícios podendo esta Proposta ser recusada em razão da falta de minha elegibilidade. Em caso de recusa desta Proposta, a taxa de angariação será devolvida a mim pelo angariador que a recebeu.

3. Somente serão aceitos como dependentes, meu cônjuge ou meu (minha) companheiro (a); o (a) meu (minha) filho (a) solteiro (a), natural(is), adotivo(s) ou enteados, até 21 (vinte e um) anos de idade, ou até 24 (vinte e quatro) anos, se comprovadamente universitários.

4. Sou o único responsável pelos documentos e informações fornecidos por mim e por meu (s) dependente (s) sobre toda e qualquer circunstância que possa influir na aceitação desta Proposta, na manutenção ou no valor mensal do benefício, sabendo que omissões ou dados errôneos acarretarão a perda de todos os meus direitos, bem como os do(s) meu (s) dependente (s) decorrentes do benefício.

5. Após a aceitação desta Proposta, o benefício terá início na data indicada no campo "Data de Vigência", e tanto eu quanto meu(s) dependente (s) indicado (s) passaremos a ser denominados "beneficiários".

6. Assim que eu assumir a condição de beneficiário titular, fica outorgado a Administradora de Benefícios amplos poderes para me representar, assim como o(s) meu (s) beneficiário (s) dependente (s) perante a Operadora e outros órgãos, em especial a ANS, no cumprimento e/ou nas alterações deste benefício bem como nos reajustes dos seus valores mensais.

7. O contrato coletivo firmado entre a Administradora de Benefícios e a Operadora, contrato que passarei a integrar, vigorará por prazo indeterminado desde que não ocorra denúncia por escrito de qualquer das partes. Em caso de rescisão desse contrato coletivo a Administradora de Benefícios será responsável por me comunicar desse fato, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

8. Poderei solicitar o cancelamento do benefício à Administradora de Benefícios observados os prazos e condições a seguir (i) Beneficiários com vigência mensal dia 01 (um) e 10 (dez) deverão solicitar o cancelamento do benefício até o dia 15 (quinze) de cada mês; (ii) Beneficiários com vigência mensal dia 15 (quinze) deverão solicitar o cancelamento do benefício até o dia 30 (trinta) de cada mês; (iii) A solicitação de cancelamento somente terá efeito com o pagamento da mensalidade do mês pedido.

9. Poderei, assim como meu(s) beneficiário(s) dependente(s), utilizar o benefício por regime de reembolso, nos casos em que sejam utilizados prestadores de serviços de minha livre escolha, não integrantes da rede referenciada da Operadora, respeitadas as condições contratuais de cada plano, que estarão definidas no Manual de Orientação ao Beneficiário/Usuário.

10. Alternativamente ao regime reembolso, poderei utilizar a rede referenciada da Operadora, respeitadas as condições contratuais de cada plano, conforme as regras definidas no Manual de Orientação ao Beneficiário/Usuário.

11. O benefício cobrirá as despesas com serviços médicos hospitalares relacionados no "Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde", observadas as Diretrizes de Utilização e suas Diretrizes Clínicas, editado pela ANS vigente à época do evento, no tratamento das doenças codificadas na versão 10 da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), da Organização Mundial da Saúde (OMS), em conformidade com o Manual de Orientação deste benefício.

12. Além das coberturas referidas no item 11, este benefício pode oferecer, conforme as condições de cada plano, coberturas e/ou benefícios adicionais detalhados no Manual de Orientação ao Beneficiário/Usuário, que receberei após a aceitação desta Proposta.

13. As coberturas excluídas do benefício são aquelas que não mencionadas nos itens 11 e 12 desta proposta, cuja relação consta do Manual de Orientação ao Beneficiário/Usuário.

Os prazos de carência são os períodos nos quais nem eu e nem meu(s) beneficiário(s) dependente(s) teremos direito a determinadas coberturas, mesmo que em dia com o pagamento do benefício. As regras para aplicação, isenção ou redução de carências, se houver, constam do Manual de Orientação ao Beneficiário/Usuário e observam a legislação vigente.

14. Doença ou lesão preexistente é aquela da qual eu ou meu(s) proponente(s) dependente(s) saiba(mos) ser portador(es) ou sofredor(es) nesta data, sendo minha obrigação, na condição de proponente a segurado titular, informá-la na "Declaração de Saúde".

15. Além do preenchimento da Declaração de Saúde, a Operadora poderá se reservar o direito de me exigir, ou a meu(s) dependente(s), a realização de Exame Médico para Avaliação de Risco, arcando com as despesas necessárias. O não atendimento desta exigência autorizará a Operadora a recusar a aceitação do benefício.

16. Havendo a constatação de doença(s) ou lesão(ões) preexistente(s), será aplicada pela Operadora a Cobertura Parcial Temporária (CPT), a qual admite por um período ininterrupto de 24 (vinte e quatro) meses, contados a partir da data de início da vigência do benefício, a suspensão da cobertura para Procedimentos de Alta Complexidade (PAC), leitos de alta tecnologia e procedimentos cirúrgicos desde que relacionado(s) à(s) doença(s) ou lesão(ões) previamente identificadas na Declaração de Saúde ou no Exame Médico para Avaliação de Risco.

17. Depende de autorização prévia pela Operadora a realização de (i) serviços auxiliares de diagnose; (ii) serviços auxiliares de terapia; (iii) serviços ambulatoriais eletivos; e (iv) internações, conforme condições constantes do Manual de Orientação ao Beneficiário/Usuário.

18. As características do benefício relativas a (i) segmentação assistencial; (ii) padrão de acomodação em internação; (iii) área de atuação e (iv) abrangência geográfica, dentre outras, estão definidas no Manual de Orientação ao Beneficiário/Usuário.

19. A data de vencimento do pagamento do valor mensal do benefício bem como sua forma, serão aquelas indicadas na Proposta, sendo que a falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) sobre o referido valor mensal do benefício e acréscimo de juros de 1% (um por cento) ao mês sobre o valor total do benefício. No período de inadimplência poderá ocorrer a suspensão automática do benefício no dia seguinte ao inadimplemento, cuja utilização somente será restabelecida a partir da quitação do(s)

Proposta n°



valor(es) pendente(s), acrescido(s) dos encargos supracitados, observada a possibilidade de cancelamento, conforme disposto no item 22, “(ii)”, desta Proposta.

20. Independente da data de assinatura de minha proposta, o valor mensal do benefício poderá sofrer os seguintes reajustes: (i) reajuste financeiro e/ou por índice de sinistralidade que ocorre em decorrência da utilização do seguro, da variação dos custos médicos e hospitalares e do uso de novas tecnologias, nunca ocorrendo, porém, em periodicidade inferior a 12 (doze) meses, contados da data de assinatura do contrato coletivo entre a Administradora de Benefícios e a Operadora, ou da última aplicação do reajuste anual; (ii) reajuste por mudança de faixa etária, conforme tabela abaixo, que ocorre quando o beneficiário atinge uma idade que ultrapassa o limite da faixa etária em que se encontrava; e (iii) outros reajuste(s) que venha(m) a ser autorizado(s) pela ANS, mediante negociação entre a Administradora de Benefícios e a Operadora, além de prévia comunicação ao beneficiário.

Da Faixa Etária	Para a Faixa Etária	Reajuste %
até 18	19 a 23	24,41%
19 a 23	24 a 28	17,41%
24 a 28	29 a 33	22,23%
29 a 33	34 a 38	11,47%
34 a 38	39 a 43	4,15%
39 a 43	44 a 48	18,21%
44 a 48	49 a 53	16,84%
49 a 53	54 a 58	18,96%
54 a 58	59 ou mais	76,20%

21. Devo solicitar e informar expressamente à Administradora de Benefícios toda e qualquer alteração cadastral, tal como a eventual perda de elegibilidade e o cancelamento da adesão ao benefício, respeitando os prazos e Manual de Orientação do Benefício.

22. O benefício poderá ser cancelado: (i) por minha solicitação expressa, como benefício titular, à Administradora de Benefícios, observados os prazos e as condições estabelecidos pela Administradora de Benefícios e constantes do Manual de Orientação ao Beneficiário/Usuário; (ii) automaticamente, pela falta de pagamento de 1 (um) valor mensal do benefício por prazo superior a 30 (trinta) dias, contados a partir do início da data de vigência do mês inadimplido, com minha consequente exclusão e a de meu(s) beneficiário(s) dependente(s), sem prejuízo de cobrança do(s) valor(s) pendente(s); (iii) pela perda da minha elegibilidade na Entidade; (iv) pela perda da elegibilidade de meu(s) dependente(s), hipótese esta em que o benefício sobreviverá havendo apenas a exclusão do(s) respectivo(s) dependente(s); (v) por motivo de meu falecimento, na condição de beneficiário titular; (vi) em caso de infrações ou fraudes comprovadas; e (vii) por inexistência ou omissão no preenchimento desta proposta, que tenha influenciado na aceitação do seguro, mediante apresentação de prova pela Operadora e comunicação escrita à Administradora de Benefícios. O beneficiário poderá ainda ter o atendimento suspenso automaticamente após a data de vencimento nos casos de falta de pagamento.

23. Tenho ciência que a Administradora de Benefícios poderá realizar a cobrança judicial ou extrajudicial; caso haja pendência financeira de pagamento do Benefício, através de e-mails, torpedo SMS e/ou qualquer outro meio legal de comunicação.

24. No caso de cancelamento do benefício, devolverei imediatamente à Administradora de Benefícios os cartões de identificação do(s) beneficiário(s). Caso a devolução não seja efetuada assumirei ainda todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida do

benefício, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem meu consentimento.

25. Não haverá nenhuma continuidade deste benefício nas hipóteses previstas nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656/98, que cuidam da continuidade assistencial em casos de demissão e aposentadoria em contratos coletivos empresariais, hipóteses essas totalmente diversas das que se aplicam a este benefício.

26. Poderei postular nova adesão ao benefício, mediante (i) aceitação pela Administradora de Benefícios; (ii) quitação de eventuais débitos anteriores; e (iii) cumprimento de novos prazos de carência, independentemente do período em que permaneci no contrato coletivo.

27. Devo encaminhar prontamente à Entidade, Administradora de Benefícios e/ou à Operadora, quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas.

28. Poderei desistir desta Proposta, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito à Administradora de Benefícios no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de minha assinatura neste instrumento, autorizando a cobrança da taxa de cadastramento e implantação e do valor mensal do benefício, caso esse prazo não seja observado.

29. Estou ciente de que o foro para dirimir quaisquer questões oriundas da presente Proposta é o do meu domicílio.

30. Após ter lido os termos e estar totalmente de acordo com as condições prévias para a aceitação desta Proposta, é de livre e espontânea vontade que manifesto a intenção de fazer minha adesão e a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) na Proposta, ao benefício.

31. Declaro que estou recebendo neste ato a cópia do presente documento, da “Carta de Orientação ao Beneficiário” e da “Declaração de Saúde”.

32. Declaro adicionalmente que estou ciente de que os cartões de identificação do(s) beneficiário(s) e a lista de prestadores médico-hospitalares, de responsabilidade da Operadora, bem como o “Guia de Leitura Contratual” e o “Manual de Orientação ao Beneficiário/Usuário”, que apresenta as condições contratuais do seguro coletivo e traz os esclarecimentos sobre sua manutenção e utilização, serão enviados a mim tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros estejam regularizados na Operadora.

Local

data

Assinatura do proponente titular (passível de reconhecimento em cartório)

Nome legível do vendedor

CPF do vendedor

Em caso de dúvida, ligue para Central de Atendimento
Nunes & Grossi: (13) 3281-0100