

ADESÃO
 ALTERAÇÃO
 REATIVAÇÃO EM: ___/___/___
 (obs: Dados sombreados serão preenchidos pela FUNASA SAÚDE)

DADOS PRINCIPAIS

RESPONSÁVEL: _____ MATR: _____

ASSOCIADO: AB AP AR AS

REGISTRO DO PLANO RPS/ANS: _____ Preenchimento pela FUNASA SAÚDE

DADOS DE PAGAMENTO

Desconto Consignado
 Boleto Bancário
 Patrocinado

Débito em Conta: Banco: _____ Ag: _____ Conta: _____ Tipo: _____

DADOS COMPLEMENTARES / TITULAR OU DEPENDENTE

Data da Adesão: ___/___/___ Início de Carência: ___/___/___

Nome: _____

Código: _____ Data de Nascimento: ___/___/___ Sexo: _____ Estado Civil: _____

CPF: _____ RG: _____ - ___/___ CNV N° _____ N° CNS: _____

Mãe: _____ Pai: _____

Endereço: _____ N° _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Telefones: _____

e-mail: _____

Naturalidade: _____ Relação de Dependência: _____ AB AP AR

IMPORTANTE:

O Associado Beneficiário está obrigatoriamente inscrito em plano de saúde regulamentado, com registro na ANS, cobertura ambulatorial e hospitalar com obstetrícia definida no Rol da ANS ou outro instrumento que o substitua; reembolso Livre-Escolha de consultas e exames para diagnóstico, conforme tabela aplicada junto à Rede Assistencial; acompanhante na internação hospitalar para menores e idosos; acomodação em UTI, quarto individual ou coletivo de acordo com o registro do plano na ANS; coparticipação de 20% para os procedimentos realizados fora da internação hospitalar e franquia nas internações hospitalares; carências regulamentares; reajuste anual com base na VCMH (Variação dos Custos Médicos Hospitalares) e/ou no comportamento da sinistralidade dos últimos 12 meses; b) A FUNASA SAÚDE possui área geográfica de ABRANGÊNCIA ESTADUAL, limitado ao Estado da Paraíba, que também é a área de atuação, cobertura e operação de todos os produtos em operação.

Desde já, a FUNASA SAÚDE fica autorizada a:

- Disponibilizar o extrato onde serão apresentados, conjuntamente, dados referentes aos procedimentos realizados pelo titular e seus dependentes;
- Utilizar as vias de contato informadas para o titular e seus dependentes como canal de comunicação;
- Emitir boleto de pagamento em nome do titular com os valores devidos pelo mesmo e seus dependentes: 1ª mensalidade - no ato da adesão. Demais mensalidades: Adesões de 01 a 07 de cada mês - Vencimento dia 07; de 08 a 15 de cada mês - Vencimento dia 15; de 16 a 21 de cada mês - Vencimento dia 21; de 22 a 31 de cada mês - Vencimento dia 28;
- Cobrar, juntamente com a primeira mensalidade e no mês do aniversário da adesão, a anuidade associativa para o grupo familiar inscrito.

_____, ____ de ____ de _____