


PROPOSTA DE ADESÃO À PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS E HOSPITALARES

 Cód. Arquivo (uso interno) -
 Código do Plano:
SÃO BERNARDO AMBULATORIAL TOTAL
DADOS EMPRESARIAIS:
Favor preencher em letras de forma

 Razão Social:
 Data Reg. Empresa:
 CNPJ: / - Inscrição Estadual:
 CEP: - Endereço Completo:
 Nº:
 Complemento: Bairro:
 Cidade: Estado:
 Ponto de Referência:
 Tel.: Fax: Cel. / Outros:
 Email:
 Resgate: S N Farmácia: S N Alô Doutor: S N Odontológico: S N Plus Preventivo Valor:
DADOS DO RESPONSÁVEL PELO CONTRATO:

 Nome:
 Carteira de Identidade: Órgão Emissor:
 Data de Nascimento: CPF:
 Nome da Mãe:
 Dia de vencimento: 5 10 15 20 25 30 Débito em conta? Sim Não Boleto via email? Sim Não
 Cód. Banco: Agência: C/C: Titular da Conta
ENDEREÇO PARA COBRANÇA:

 Endereço Completo:
 Nº:
 Complemento: Bairro:
 Cidade: Estado:
 Ponto de Referência:
 CEP: -
DECLARAÇÃO

Declaro que recebo junto a este contrato, o kit composto por: proposta de adesão à prestação de serviços médicos e hospitalares, solicitação de inclusão de dependentes / beneficiários, declaração de ciência e oferecimento de plano referência, carta de orientação ao beneficiário, declaração de saúde, manual de orientação para contratação de plano de saúde, guia de leitura contratual e o contrato, todos nesta sequência.

Local e Data

Assinatura do Subscritor ou Responsável

RECIBO R\$

 Recebemos de
 a importância supra de ()
 como pagamento da Taxa de Adesão em seu nome, para subscrição e adesão ao plano de saúde da Casa de Saúde São Bernardo S/A – São Bernardo Saúde.

Nome ou Carimbo do Corretor

Código Corretor

Assinatura do Corretor

ATENÇÃO:

 O cartão será entregue junto com o kit São Bernardo de 20 a 25 dias após esta data.
 As suas mensalidades (Taxa de Manutenção) serão pagas através de Boletos Bancários (enviados via e-mail ou pelos Correios) e/ou débito em conta.
 Pague ao nosso Representante APENAS a taxa inicial de adesão registrada no recibo acima.