



Proposta de Adesão

nº

Contrato de Plano de Saúde
Coletivo por Adesão.

Matrícula:

Início da Vigência:

1- IDENTIFICAÇÃO ENTIDADE/SUBESTIPULANTE

CNPJ:

Nome:

2- PROPONENTE TITULAR

Nome Completo:

Data de Nascimento	Sexo	E C	CPF	PIS/PASEP	Cartão Nacional de Saúde
--------------------	------	-----	-----	-----------	--------------------------

Nome Completo da Mãe:

RG	Orgão Emissor / País:	RIC	Título de Eleitor
----	-----------------------	-----	-------------------

CEP	Rua / Av.
-----	-----------

Nº	Bairro	Cidade	UF
----	--------	--------	----

Telefone Residencial	Telefone Celular	Telefone Comercial	Operadora Anterior
----------------------	------------------	--------------------	--------------------

E-mail

3- DEPENDENTE(S)

Nome Completo:

1-	Data de Nascimento	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo	Cartão Nacional de Saúde
----	--------------------	------	-----	----------------------------------	--------------------------

E C	G P	Nome Completo da Mãe
-----	-----	----------------------

RG	RIC	Título de Eleitor
----	-----	-------------------

Nome Completo:

2-	Data de Nascimento	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo	Cartão Nacional de Saúde
----	--------------------	------	-----	----------------------------------	--------------------------

E C	G P	Nome Completo da Mãe
-----	-----	----------------------

RG	RIC	Título de Eleitor
----	-----	-------------------

Nome Completo:

3-	Data de Nascimento	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo	Cartão Nacional de Saúde
----	--------------------	------	-----	----------------------------------	--------------------------

E C	G P	Nome Completo da Mãe
-----	-----	----------------------

RG	RIC	Título de Eleitor
----	-----	-------------------

Nome Completo:

4-	Data de Nascimento	Sexo	CPF	Nº da Declaração de Nascido Vivo	Cartão Nacional de Saúde
----	--------------------	------	-----	----------------------------------	--------------------------

E C	G P	Nome Completo da Mãe
-----	-----	----------------------

RG	RIC	Título de Eleitor
----	-----	-------------------

Legenda: E C: Estado Civil: 1-Solteiro(a) 2-Casado(a) 3-Viúvo(a) 4-Separado(a) 5-Outros | G P: Grau Parentesco: 1-Cônjuge 2-Filho(a) 3-Enteado(a) 4-Companheiro(a)

Conforme Lei 9656/98 e RN 279/11, declaro que recebi as tabelas de preços com os valores pactuados com a contratante e os valores por faixa etária para o exercício do disposto nos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98. O representante da empresa abaixo assinado, responsabiliza-se por fornecer as tabelas de preços com os valores por faixa etária.

4- IDENTIFICAÇÃO DO VENDEDOR(A)

Nome do(a) Vendedor(a) _____

CPF _____

Data ____ / ____ / _____

Assinatura do(a) Vendedor(a)

Conforme artigo 25 da RN 195/09, declaro que recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde e o Guia de Leitura Contratual. Em caso de contratos coletivos, o representante da empresa abaixo assinado, responsabiliza-se por fornecer os referidos documentos ao beneficiário titular.

Local e data

Assinatura do(a) proponente titular



Proposta de Adesão

nº

Contrato de Plano de Saúde
Coletivo por Adesão.

5- PLANO CONTRATADO

PLANO	NR. REGISTRO	ABRANGÊNCIA GEOGRÁFICA	ACOMODAÇÃO	SEGMENTAÇÃO ASSISTENCIAL
<input type="checkbox"/> UNIFLEX NACIONAL - SEM CO-PARTICIPAÇÃO	435409015	NACIONAL	ENFERMARIA	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX NACIONAL - CO-PARTICIPAÇÃO 20%	435410019	NACIONAL	ENFERMARIA	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX NACIONAL - CO-PARTICIPAÇÃO 50%	435411017	NACIONAL	ENFERMARIA	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX NACIONAL - SEM CO-PARTICIPAÇÃO	435412015	NACIONAL	APARTAMENTO	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX NACIONAL - CO-PARTICIPAÇÃO 20%	435413013	NACIONAL	APARTAMENTO	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX NACIONAL - CO-PARTICIPAÇÃO 50%	435414011	NACIONAL	APARTAMENTO	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX ESTADUAL - SEM CO-PARTICIPAÇÃO	435394013	ESTADUAL	ENFERMARIA	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX ESTADUAL - CO-PARTICIPAÇÃO 20%	435395011	ESTADUAL	ENFERMARIA	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX ESTADUAL - CO-PARTICIPAÇÃO 50%	435396010	ESTADUAL	ENFERMARIA	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX ESTADUAL - SEM CO-PARTICIPAÇÃO	435397018	ESTADUAL	APARTAMENTO	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX ESTADUAL - CO-PARTICIPAÇÃO 20%	435398016	ESTADUAL	APARTAMENTO	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX ESTADUAL - CO-PARTICIPAÇÃO 50%	435399014	ESTADUAL	APARTAMENTO	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX ESTADUAL - SEM CO-PARTICIPAÇÃO	435391019	ESTADUAL	-	(Ambulatorial).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX ESTADUAL - CO-PARTICIPAÇÃO 20%	435392017	ESTADUAL	-	(Ambulatorial).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX ESTADUAL - CO-PARTICIPAÇÃO 50%	435393015	ESTADUAL	-	(Ambulatorial).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX REGIONAL - CO-PARTICIPAÇÃO 50%	450633042	REGIONAL	ENFERMARIA	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX REGIONAL - CO-PARTICIPAÇÃO 20%	436709010	REGIONAL	ENFERMARIA	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX REGIONAL - CO-PARTICIPAÇÃO 20%	450631046	REGIONAL	-	(Ambulatorial).
<input type="checkbox"/> UNIFLEX REGIONAL - CO-PARTICIPAÇÃO 30%	450632044	REGIONAL	ENFERMARIA	(Ambulatorial + hospitalar com obstetria).

Verifique a disponibilidade do plano de saúde pretendido, conforme definido com a entidade indicada na página 1. Todos os dependentes serão incluídos na mesma categoria de plano do proponente titular.

Antes de optar pelo plano descrito nesta proposta, fui esclarecido sobre as condições do Plano de Referência e que está disponível para aquisição.

6- VALORES

	Idade	Valor em R\$		Idade	Valor em R\$		Idade	Valor em R\$
Titular			Dep. 1			Dep. 2		
Dep. 3			Dep. 4					
Valor total em R\$			ATENÇÃO: O valor indicado ao lado sofrerá alteração caso haja reajuste anual do contrato coletivo de plano de saúde ou mudança de faixa etária entre a data de assinatura desta Proposta e a sua 1ª (primeira) cobrança, observado o disposto no item 9 da página 4 desta Proposta.					

7- FORMA DE PAGAMENTO

Boleto Bancário Débito Automático Vencimento todo dia _____ de cada mês.

Nº do Banco Banco Nº da agência DV Nº da conta corrente DV

Autorizo a Administradora de Benefícios a proceder o débito automático mensal em minha conta corrente bancária indicada acima.

8- CUSTO DE IMPLANTAÇÃO

Valor Custo de Implantação: R\$

O custo de implantação quando devido, é obrigatório e equivalente a 100%(cem por cento) do valor total da primeira mensalidade acrescido da taxa de cadastramento e deve ser quitado no ato da presente adesão. **ATENÇÃO:** Embora corresponda ao valor total da primeira parcela, o custo de implantação não exclui, substitui ou isenta o pagamento da primeira mensalidade, na data de início da vigência do benefício.

Declaro que as informações prestadas neste formulário são absolutamente verdadeiras e completas, me responsabilizando, assim, civil e criminalmente, por mim e meus dependentes. Se estiver omitindo circunstâncias que possam incluir na aceitação da proposta ou no valor da mensalidade, perderei todo e qualquer direito inerente ao presente contrato coletivo por adesão ao qual tenha aderido; e autorizo desde já, a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS e/ou a OPERADORA contratada a solicitar, a qualquer tempo, documentos comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas, ou outros documentos que sejam necessários para atender a legislação vigente, bem como a acessar as informações sobre a utilização do meu plano de saúde, observadas as normas regulatórias em vigor.

Local e data

Assinatura do proponente titular



Proposta de Adesão

nº

Contrato de Plano de Saúde
Coletivo por Adesão.



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 uma proposta de adesão (“Proposta”) a um contrato coletivo por adesão de plano de assistência a saúde (“Benefício”), celebrado entre a IBBCA 2008 GESTÃO EM SAÚDE LTDA. (“ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS”) e a Operadora UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS - COOPERATIVA DE TRABALHO MÉDICO (“OPERADORA”) e destinado à população que mantenha vínculo com a “ENTIDADE DE CLASSE”, que é a Pessoa Jurídica indicada na página 1 desta proposta.

2. A aceitação da proposta depende da comprovação de vínculo com a Entidade, sendo que os documentos comprobatórios desse vínculo serão entregues ao vendedor, no ato da assinatura desta, **obrigatoriamente autenticados**, para que a idoneidade deles seja conferida em até 30 (trinta) dias pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS após a assinatura desta proposta, podendo esta ser recusada em razão da falta de elegibilidade.

3. Também poderão ser inscritos os dependentes do beneficiário titular abaixo indicados:

- (a) - o Cônjuge;
- (b) - os filhos(as) solteiros(as) até 30 anos incompletos;
- (c) - os enteados(as) solteiros(as) até 30 anos incompletos;
- (d) - a criança ou adolescente solteiro, até 30 anos incompletos, sob guarda ou tutela do beneficiário titular por força de decisão judicial;
- (e) - a companheira ou companheiro, havendo união estável, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- (f) - os filhos incapazes;
- (g) - os netos;
- (h) - os pais, desde que dependentes economicamente, assim considerados nos termos da legislação vigente do Imposto de Renda do Titular.

3.1. - O ingresso dos dependentes dependerá da inscrição do beneficiário titular do plano.

3.2. - É assegurada a inscrição de recém nascido, filho natural ou adotivo do beneficiário titular ou dependente inscrito no plano, isento do cumprimento dos períodos de carências e alegação de doença ou lesão preexistente, desde que:

- a) a mãe ou o pai do recém nascido já tenham cumprido a carência para o parto;
- b) a inscrição seja feita em até 30 dias após o nascimento ou adoção;
- c) seja apresentada a certidão de nascimento ou termo de guarda para fins de adoção;
- d) seja obedecido o grau de dependência estabelecido neste item; e
- e) seja paga a inscrição e a mensalidade do recém nascido no vencimento.

3.3. - Também é assegurada a inscrição de filhos adotivos menores de 12 (doze) anos, nas mesmas condições de cobertura do adotante, inclusive com o aproveitamento dos períodos de carências já cumpridos, exceto para doenças preexistentes, desde que:

- a) a inscrição seja efetuada no prazo de até 30 dias após a adoção;
- b) seja apresentado o termo de formalização da adoção ou do termo de guarda para fins de adoção; e

Assinatura do proponente titular



Proposta de Adesão

nº

Contrato de Plano de Saúde
Coletivo por Adesão.



c) seja paga a inscrição e a mensalidade do filho adotivo no vencimento.

4. O plano de saúde terá início de vigência na data indicada no campo "Início da vigência".

4.1 - Importante frisar que, a proposta irá para análise e poderá ser aceita ou não, no prazo de até 30 (trinta) dias a contar de sua assinatura, tendo em vista que só serão Beneficiários dos Contratos Coletivos por Adesão os elegíveis, segundo determinação da ANS e desde que previstos no instrumento contratual da OPERADORA.

5. Neste ato, outorgo à ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS amplos poderes para representar a mim e aos meus dependentes perante à OPERADORA e a outros órgãos, em especial a ANS - Agência Nacional de Saúde Suplementar, no cumprimento e/ou nas alterações de todas as cláusulas e condições gerais, bem como reajustes de preço do presente benefício.

6. O contrato coletivo por adesão firmado entre a IBBCA 2008 GESTÃO EM SAÚDE LTDA. e a Operadora UNIMED GRANDE FLORIANÓPOLIS, vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, podendo ser renovado, automaticamente, por prazo indeterminado, desde que não ocorra denúncia, por escrito, de qualquer das partes, seja pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS ou pela OPERADORA. Em caso de rescisão desse contrato coletivo, a Administradora de Benefícios - IBBCA comunicará o fato à ENTIDADE DE CLASSE pertencente ao Associado com antecedência mínima de 30 (trinta) dias quando a rescisão for motivada e 60 (sessenta) dias quando a rescisão for imotivada.

7. Os Beneficiários receberão a carteirinha do seu plano de saúde no prazo de até 30 (trinta) dias a contar da data de vigência.

7.1. O NÃO RECEBIMENTO DA CARTEIRINHA NÃO IMPEDE A UTILIZAÇÃO DO PLANO NA REDE PRÓPRIA DA OPERADORA, EIS QUE O MESMO PODERÁ SER UTILIZADO ATRAVÉS DO CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO ACOMPANHADO DO DOCUMENTO DE IDENTIDADE. O CÓDIGO DO BENEFICIÁRIO PODERÁ SER OBTIDO JUNTO AO IBBCA A PARTIR DA DATA DE VIGÊNCIA.

7.2. O extravio da 1ª (primeira) via da carteirinha deverá ser comunicado à ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS e requerida 2ª (segunda) via, através do Auto Atendimento IBBCA (site: www.ibbca.com.br) ou Atendimento Telefônico: **(48) 3223-6729, 4007-1281 (capitais) ou 0800 022 3974 (demais localidades)**. Após a solicitação, a nova carteirinha será enviada em até 30 (trinta) dias.

8. As datas de vencimento dos pagamentos serão sempre entre os dias 5 (cinco) e 10 (dez) de cada mês, conforme a opção de pagamento escolhida e autorizada na página 2 desta proposta.

8.1 - A falta de pagamento na data do seu vencimento acarretará multa compensatória de 2% (dois por cento) e acréscimo de juros de 1% (um por cento) ambos ao mês e cumulativamente sobre o valor total da mensalidade do benefício.

8.2 - Em caso de inadimplência, no prazo superior a 60 (sessenta) dias corridos ou não, a contar do 1º (primeiro) mês de atraso, observando o período de 12 (doze) meses, acarretará o cancelamento do grupo familiar com a consequente exclusão do Titular e seus dependentes.

8.3 - Ressalta-se que o referido cancelamento não o exime do pagamento dos débitos das mensalidades não quitadas, inclusive quanto ao registro no cadastro de proteção ao crédito - SPC e SERASA.

8.4 - Ocorrendo a exclusão do Beneficiário por inadimplência, uma nova adesão ao contrato dependerá da quitação dos débitos anteriores que provocaram o cancelamento, bem como a obrigatoriedade do cumprimento de todas as carências contratuais independente do período anterior do Beneficiário no contrato estipulado pela ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS (por se tratar de nova adesão).

9. O valor mensal do plano de saúde poderá sofrer reajustes legais e contratuais, de forma cumulativa (parcial ou total) ou isolada, nas seguintes situações: (I) anual, no aniversário do contrato entre a ENTIDADE DE CLASSE e a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, por aplicação do índice de sinistralidade; (II) por mudança de faixa etária; (III) em outras hipóteses, desde que em conformidade com as normas da ANS e legislação em vigor.

Assinatura do proponente titular



Proposta de Adesão

nº

Contrato de Plano de Saúde
Coletivo por Adesão.



10. O Beneficiário ficará obrigado a comunicar expressamente a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS toda e qualquer alteração cadastral, sobretudo a eventual perda de elegibilidade e o cancelamento da adesão ao plano de saúde, respeitando o prazo máximo de **até o dia 12 (doze) de cada mês**, sob pena de manter a cobrança e a vigência do plano até o último dia do mês subsequente.

10.1 - O cancelamento poderá ser feito, pessoalmente, através de carta entregue ao Setor de Atendimento ao Cliente juntamente com a carteirinha de identificação do Plano de Saúde e cópia do documento de identidade do Titular ou através de carta registrada ou SEDEX, também acompanhado da carteirinha de identificação do Plano de Saúde e cópia do documento de identidade do Titular, no endereço da ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS que se encontra no site **www.ibbca.com.br**.

11. No caso de cancelamento do plano de saúde, o Beneficiário devolverá imediatamente à ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS as carteirinhas de identificação do(s) beneficiário(s) (titulares e dependentes), assumindo todas as responsabilidades civis, criminais e financeiras por toda e qualquer utilização indevida do benefício, incluindo a utilização por terceiros, com ou sem o seu conhecimento.

12. O Beneficiário deverá encaminhar prontamente à ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS e/ou à OPERADORA, quando qualquer uma delas solicitar, documentos complementares e comprobatórios referentes a todas as informações ora declaradas ou outros documentos que sejam necessários para atender a legislação vigente.

13. O Beneficiário poderá desistir desta proposta, sem nenhum ônus, desde que tal decisão seja comunicada por escrito nos termos anteriores à ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS, no prazo máximo de 7 (sete) dias, contados a partir da data de assinatura deste instrumento.

14. O Beneficiário receberá mensalmente em sua residência, ATRAVÉS DO CORREIO, um boleto bancário ou um carnê para pagamento das mensalidades. Caso ocorra qualquer extravio do boleto bancário por parte do correio, disponibilizamos os seguintes serviços para obtenção da 2ª (segunda) via, cuja solicitação deverá ser sempre 5 (cinco) dias antes do vencimento para que não haja ônus:

14.1 - 2ª (segunda) via emitida no site da ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS através do endereço: **www.ibbca.com.br**, no link **"AUTO ATENDIMENTO"**.

14.2 - Entrar em contato com o setor de emissão de boleto da ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS através dos telefones: **(48) 3223-6729, 4007-1281 (capitais) ou 0800 022 3974 (demais localidades)**

15. Qualquer solicitação de autorização de procedimentos médicos deverá ser encaminhada diretamente à OPERADORA, eis que a ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS não possui competência para apreciar o pedido médico e tão pouco gerar a referida senha de autorização.

DAS CARÊNCIAS

16. Observadas as disposições, a abrangência geográfica e as coberturas dos planos contratados, aos Beneficiários fica assegurado o direito à assistência médica, hospitalar e obstétrica, de diagnóstico e terapia, necessária ao tratamento das doenças constantes do CID - Versão 10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde), **observados o Rol de Procedimentos Médicos e Eventos em Saúde vigente à época do evento e as carências estabelecidas e elencadas no contrato entre ADMINISTRADORA DE BENEFÍCIOS e a OPERADORA.**

17. As coberturas excluídas são aquelas que não se incluem no «Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde» da ANS, bem como as despesas não cobertas citadas na Lei nº 9.656/98 e nas normas regulamentares da ANS na data do evento.

Assinatura do proponente titular



Proposta de Adesão

nº

Contrato de Plano de Saúde
Coletivo por Adesão.



18. A assistência prevista neste instrumento será prestada aos Beneficiários regularmente inscritos, observadas as condições deste instrumento e as coberturas do produto contratado. Os beneficiários devem cumprir os períodos de carência abaixo relacionados, contados a partir da data da vigência do beneficiário no plano:

- Urgência e Emergência - 24 horas
- Consultas médicas - 30 dias
- Análises clínicas, exames anatomopatológicos e citológicos (excetonecropsia), raio - x simples e contrastados, eletrocardiograma, eletroencefalograma, ultrassonografia - 30 dias
- Fisioterapias - 90 dias
- Parto a Termo - 300 dias
- Consultas/Sessões com: fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, nutricionista e psicoterapia - 180 dias
- Todas as demais coberturas - 180 dias

DOENÇAS E LESÕES PREEXISTENTES

Os beneficiários titulares e dependentes devem preencher e assinar o formulário de Declaração de Saúde, onde devem registrar sua atual condição de saúde e eventuais doenças ou lesões preexistentes, de que saibam ser portadores ou sofredores no ato da adesão ao plano de saúde.

Havendo declaração de doença ou lesão preexistente, será oferecida somente a Cobertura Parcial Temporária – o consumidor não terá direito aos procedimentos de alta complexidade, cirúrgicos ou leitos de alta tecnologia relacionada à doença ou lesão declarada, por um período máximo de 24 (vinte e quatro) meses. Não será oferecida a opção de agravo.

Cobertura Parcial Temporária (CPT): Consiste na suspensão pelo prazo ininterrupto de até 24 (vinte e quatro) meses, da cobertura de eventos cirúrgicos, leitos de alta tecnologia e procedimentos de alta complexidade, listados no Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS, vigente à época do evento, relacionados às doenças e lesões preexistentes, declaradas pelo beneficiário ou seu representante legal, consoante especificações do “Anexo de Exclusões por Preexistência”, contados a partir da contratação ou da adesão ao plano. Findo o prazo de até 24 (vinte e quatro) meses da contratação ou adesão ao plano, a cobertura assistencial passará a ser integral, conforme a segmentação contratada, prevista na Lei nº 9.656, de 1998 e resoluções.

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 ao plano de saúde, bem como a do(s) meu(s) dependente(s) indicado(s) na página 1 (um) desta proposta.

Declaro receber, neste ato, o “Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde” e cópia da presente “Proposta”, da “Carta de Orientação ao Beneficiário” e da “Declaração de Saúde”. Estou ciente de que as carteirinhas de identificação do(s) Beneficiário(s), o guia médico com a rede de atendimento, bem como o “Guia de Leitura Contratual”, que reproduz condições contratuais do contrato coletivo, traz os esclarecimentos sobre os aspectos relativos à utilização e manutenção do benefício e os direitos e obrigações dos Beneficiários, serão enviados a mim tão logo eu e meu(s) dependente(s) tenhamos sido aceitos e nossos registros estejam regularizados na OPERADORA.

Local e data

Assinatura do proponente titular