

Brasilsaúde Companhia de Seguros - CNPJ: 60.831.427/0001-63  
 | Seguro de Assistência à Saúde  
 | Seguro de Assistência à Saúde Dental

Importante  
 1) Os campos com \* são de uso exclusivo da Seguradora.  
 2) Os campos com sombreado devem ser preenchidos de acordo com a legenda (Vide Verso).

Estipulante	Número Apólice	Desdobramento	D. V.
-------------	----------------	---------------	-------

Dados Cadastrais do Proponente Titular						
Empresa	Matrícula	DF	Local	Abrangência Geográfica	Categoria	Setor
Nome do Plano	Plano (*)	Nome do Plano Agregado			Plano Agregado (*)	

Plano Complementar						
Data Início Vigência	Data Admissão na Empresa	Sujeita à Carência (*)	Carência (*)	Empresa	Nome do Plano	Plano (*)
/ /	/ /	Sim     Não				

Dados Pessoais do Proponente Titular						
Dep.	Nome Completo do Titular					Data Nascimento
01						/ /
Sexo	Estado Civil		Permanência (*)	Agrupamento de CI (*)	Grau Parentesco	Situação Plano*
Feminino   Masculino	Casado     Divorciado   Solteiro     Viúvo     Outros				0	
Carteira de Identidade						
Órgão Emissor	UF	Data de Expedição	País Emissor da Carteira de Identidade		Nacionalidade	
/ /		/ /				
CPF	D.V.	PIS/PASEP		Cadastro Nacional de Saúde - CNS		
/ / /						
Nome da Mãe						
(DDD) Telefone Residencial		(DDD) Telefone Comercial		(DDD) Celular		
e-mail					Grau de Escolaridade	Renda Familiar Mensal

Dados Bancários do Titular			
Banco	Agência	Conta Corrente	D.V.
Nome do Responsável da Conta Conjunta			
Endereço Residencial do Titular			
Número	Complemento	Bairro	
Município	UF	CEP	

Dados Cadastrais dos Proponentes Dependentes						
Dep.	Nome Completo do Dependente					
Sexo	Data Nascimento	Permanência (*)	Agrupamento de CI (*)	Grau Parentesco	Situação Plano*	Carteira de Identidade
Feminino   Masculino	/ /					
Órgão Emissor	UF	Data de Expedição	País Emissor da Carteira de Identidade		Nacionalidade	
/ /		/ /				
CPF	D.V.	PIS/PASEP		Cadastro Nacional de Saúde - CNS		
/ / /						
Nome da Mãe						

Dep.	Nome Completo do Dependente					
Sexo	Data Nascimento	Permanência (*)	Agrupamento de CI (*)	Grau Parentesco	Situação Plano*	Carteira de Identidade
Feminino   Masculino	/ /					
Órgão Emissor	UF	Data de Expedição	País Emissor da Carteira de Identidade		Nacionalidade	
/ /		/ /				
CPF	D.V.	PIS/PASEP		Cadastro Nacional de Saúde - CNS		
/ / /						
Nome da Mãe						

Dep.	Nome Completo do Dependente										
Sexo	Data Nascimento		Permanência (*)	Agrupamento de CI (*)	Grau Parentesco	Situação Plano*	Carteira de Identidade				
Feminino   Masculino	/ /						-				
Órgão Emissor	UF	Data de Expedição		País Emissor da Carteira de Identidade			Nacionalidade				
		/ /									
CPF	D.V.	PIS/PASEP			Cadastro Nacional de Saúde - CNS						

Nome da Mãe

Dep.	Nome Completo do Dependente										
Sexo	Data Nascimento		Permanência (*)	Agrupamento de CI (*)	Grau Parentesco	Situação Plano*	Carteira de Identidade				
Feminino   Masculino	/ /						-				
Órgão Emissor	UF	Data de Expedição		País Emissor da Carteira de Identidade			Nacionalidade				
		/ /									
CPF	D.V.	PIS/PASEP			Cadastro Nacional de Saúde - CNS						

Nome da Mãe

<b>Legendas</b>	
<b>Abraçgência Geográfica</b> Conforme Proposta de Seguro	<b>Dep</b> 01 = Titular      03 = Companheiro(a) 02 = Cônjuge    10 = Em diante = Demais Dependentes.
<b>Grau de Escolaridade</b> 01 = Ensino Fundamental ou Ensino Médio (1º ou 2º Grau) 02 = Superior Incompleto 03 = Superior Completo 04 = Pós-Graduação 05 = Mestrado 06 = Doutorado 07 = Pós-Doutorado	<b>Grau Parentesco</b> 1 - Cônjuge; 2 - Filho (a); 3 - Pais; 4 - Companheiro (a); 5 - Outros; 6 - Enteado (a).

<b>Renda Familiar Mensal</b>			
01 = Até R\$ 1.000,00	02 = De R\$ 1.000,01 a R\$ 3.000,00	03 = De R\$ 3.000,01 a R\$ 5.000,00	04 = De R\$ 5.000,01 a R\$ 8.000,00
05 = De R\$ 8.000,01 a R\$ 12.000,00	06 = Mais de R\$ 12.000,00		
<b>Órgão Emissor</b>	08 = Cons. Reg. Fisiot.Ocupacional	15 = Cons. Regional de Odontologia	22 = Ministerio da Marinha
01 = Carteira de Identidade Classista	09 = Cons. Reg. Prof.Relacoes Publicas	16 = Cons. Regional de Psicologia	23 = Ministerio do Exercito
02 = Cons. Reg. Corretores Imoveis	10 = Cons. Regional de Administracao	17 = Cons. Regional de Quimica	24 = Ordem dos Advogados Do Brasil
03 = Cons. Reg. de Assistentes Sociais	11 = Cons. Regional de Estatistica	18 = Cons. Regional Med. Veterinaria	25 = Ordem dos Musicos Do Brasil
04 = Cons. Reg. de Biblioteconomia	12 = Cons. Regional de Farmacia	19 = Cons. Regional Repres.Comerciais	26 = Outros Emissores
05 = Cons. Reg. de Contabilidade	13 = Cons. Regional de Medicina	20 = Documentos Estrangeiros	27 = Policia Federal
06 = Cons. Reg. Enfermagem	14 = Cons. Regional de Nutricao	21 = Ministerio da Aeronautica	28 = Ssp-Secretaria de Seguranca Publica
07 = Cons. Reg. Eng. Arq. e Agronomia			

<b>Profissões</b>		
01 Aposentado/Pensionista	18 Administrador	35 Geógrafo/Geólogo
02 Servidor/Empregado Público	19 Economista	36 Matemático/Estatístico/Atuário
03 Espólio	20 Profissionais de Marketing/Publicitários	37 Técnico de Contabilidade/Estatística
04 Estudante	21 Comunicólogo/Sociólogo/Assistente Social	38 Desenhista/Técnico de ciências exatas
05 Empresários/Proprietários de estabelecimento	22 Bibliotecário/Arquivista/Museólogo/Arqueólogo	39 Escultor/Pintor/Decorador e afins
06 Médico	23 Sacerdote/membro de ordens/seitas religiosas	40 Músico/Artista/Bailarino/Modelo/afins
07 Odontólogo	24 Professor/trabalhador ligados ao ensino	41 Atleta/Instrutor/preparador/afins
08 Psicólogo/Pedagogo	25 Securitário	42 Militar ativa/reserva e Polícias
09 Biólogo/Biomédico	26 Bancário	43 Motorista
10 Farmacêutico	27 Corretor de imóveis/seguros/títulos/valores	44 Técnico Mecânico/Lanterneiros/afins
11 Veterinário/ Zootecnista	28 Agente de viagem/Guia de turismo	45 Técnico Eletricista/Eletrônica/Telecomunicações
12 Fonoaudiólogo	29 Secretários/Auxiliar Administrativo/afins	46 Trabalhador da construção civil/metalúrgicos
13 Fisioterapeuta/Terapia Ocupacional	30 Arquiteto	47 Trabalhador rural
14 Enfermeiro/ Nutricionista	31 Engenheiro/Agrônomo	48 Vendedor/Demonstrador/Comprador/afins
15 Técnico em ciências biológicas	32 Profissionais de Informática	49 Hotelaria/Garçom/afins
16 Técnico/Auxiliar de Laboratório e de Biologia	33 Contador/Auditor/afins	50 Outros
17 Advogado	34 Químico/Físico/Astrônomo/ afins	

Pelo presente, autorizo a inclusão de meu nome e/ou de meus dependentes na Apólice de Seguro de Assistência à Saúde e/ou Apólice de Seguro de Assistência à Saúde Dental, solicitada(s) à Companhia indicada no anverso, pelo Estipulante também mencionado no anverso, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas das Condições Gerais e Particulares, Cláusulas Adicionais e Especiais da referida apólice, devendo todas as comunicações e/ou avisos inerentes ao contrato ser encaminhados ao aludido Estipulante, que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação ora outorgados.

Declaro que me encontro em perfeitas condições de saúde e em plena atividade profissional.

Declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e completas, ciente e de acordo com o 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. Se a inexatidão ou omissão nas declarações não resultar de má-fé do segurado, o Segurador terá direito a resolver o contrato, ou a cobrar, mesmo após o sinistro, a diferença do prêmio".

Data	Assinatura do Empregado ou Responsável por menor de 18 anos	Assinatura do Estipulante sob Carimbo
------	---	---------------------------------------

Sendo o proponente analfabeto, deverá esta proposta ser firmada a rogo, na presença de duas testemunhas e vistada pelo Estipulante.

1ª Testemunha \_\_\_\_\_ 2ª Testemunha \_\_\_\_\_

Assinatura sob carimbo Analista 1ª Análise	Data	Assinatura sob carimbo Analista 3ª Análise	Data
Assinatura sob carimbo Analista 2ª Análise	Data	Assinatura sob carimbo Digitador	Data