



FOLHA RETIFICADORA

Nº

PLANO INDIVIDUAL/FAMILIAR
AMBULATORIAL HOSPITALAR COM OBSTETRÍCIA

CNFI/MI Nº 61.849.980/0001-96
Registro na ANS/MS nº 32.507-4

400.307/99-1 – Standard Global Referência	459.534/09-3 - Classic
459.535/09-1 - Style	459.536/09-0 - Prime
459.537/09-8 - Master	460/241.09-2 - Excellence

CP	Proponente Titular	Nº do CPF ou PIS/PASEP ou CNS			Início de Vigência		Dia para Pagto
Data de Nascto.		Idade	Sexo	Est.Civil	Cédula de identidade/RG		Nome completo da mãe
Endereço Residencial (Rua, Av. etc.)				Número	Complemento (bloco, apto, sala, etc)		
Bairro		Município	UF	Tel.Residencial	CEP	E-mail	
Endereço Residencial (Rua, Av. etc.)				Número	Complemento (bloco, apto, sala, etc)		
Bairro		Município	UF	Tel.Residencial	CEP	E-mail	
Cod.Conc.	Concessionária	Corretor		CPF	Supervisor		CPF
CP	Dependente	Data de Nascto.		Idade	Sexo	E.C.	Parent.
D01		/ /					
Nome mãe		CPF/PIS-PASEP					
D02		/ /					
Nome mãe		CPF/PIS-PASEP					
D03		/ /					
Nome mãe		CPF/PIS-PASEP					
D04		/ /					
Nome mãe		CPF/PIS-PASEP					
Códigos para indicação do Estado Civil (E.C)		Códigos para indicação de grau de Parentesco (Parent.):		Taxa de Inscrição (R\$)		Total Taxas Mensais(R\$)	
1=Solte. 2=Cas. 3=Sep. Jud. 4=Divorc. 5=Viúvo		1=Cônj. 2=Filho. 3=Pat. 4=Comp. 5=Tut. 6=Outros					
Em se tratando de transferência, informar os dados abaixo e anexar contrato e comprovante dos 3 últimos pagamentos							
Tipo	Empresa Prestadora/Contratante	Plano	Contrato original nº	Início plano original	Valor última Mensalidade	Cód Recusa/Restrição	

DECLARAÇÃO DE RECEBIMENTO E POSSE

Declaro que, ao preencher esta Proposta, recebi via original do respectivo Contrato, que foi integralmente lido, entendido e aceito por mim, sem quaisquer restrições ao seu conteúdo.

DECLARAÇÕES DO PROPONENTE TITULAR (por si e por seus Dependentes)

- Declaro, para os devidos fins e efeitos, que estou ciente e de acordo com todas as condições contratuais, inclusive quanto aos prazos de carências, não tendo quaisquer dúvidas com relação à sua aplicação.
- Declaro, para todos os efeitos e fins, que tenho pleno conhecimento de que a eventual redução de prazos e carências, concedida pela Green Line, não alterará as demais condições contratuais, principalmente aquelas relativas a limitações de cobertura e exclusões.
- Declaro, para todos os efeitos e fins, em meu nome e de meus dependentes, que estou ciente de que a cobertura para o tratamento de doenças, lesões e deformidades pré-existentis, inclusive as congênitas, por mim apontadas na Declaração de Saúde, estará, sempre, sujeita a cláusula de agravo ou de cobertura parcial temporária, conforme definido no item 16.16 do Contrato, estando também ciente de que se a minha opção for pela condição de Agravo, o(s) valor(es) da(s) respectiva(s) taxa(s) mensal(is) será(ão) majorado(s) e assim permanecer(ão) por toda vigência contratual.
- Declaro, ainda, que estou ciente de que se, a qualquer tempo, ficar comprovado que as informações por mim prestadas, nesta Proposta ou na Declaração de Saúde, não são verdadeiras e completas, com omissão de circunstâncias que possam influir na aceitação desta Proposta ou no cálculo da Taxa Mensal, ficará caracterizado comportamento fraudulento.
- Declaro, por fim, que estou ciente de que o Plano de Assistência à Saúde, objeto deste contrato, independentemente de sua denominação e de seu nível de cobertura, é o somatório do Plano Ambulatorial mais o Plano Hospitalar com Obstetrícia, sendo que o Planos Standard Global corresponde ao plano referência previsto no Art. 10 da Lei 9656/98, com a redação dada pela Medida Provisória nº 1908-20, de 25/10/1998, enquanto que os Planos Classic, Style, Prime e Master apresentam maior nível de cobertura.

RECIBO DE PAGAMENTO INICIAL

R\$ _____ (_____)

Recebemos a importância supra, referente a Taxa de inscrição e a Mensalidade da presente Proposta de Adesão, representada pelo cheque nº _____, sacado contra o Banco _____ e Agência _____ sendo certa sua devolução em caso de não aceitação da Proposta de Adesão pela Green Line.

Local

Data

Assinatura do Promotor/Corretor

Assinatura do Proponente Titular/Responsável