|  |
| --- |
| **DADOS DA OPERADORA** |
| NOME DA OPERADORA: **HUMANA SAÚDE LTDA** | REGISTRO ANS: **34818-0** |
| ENDEREÇO: **Rua Cabral, 985, Sala B – CEP: 85960-000 – Marechal Candido Rodon / PR** | CNPJ: **95.642.179/0024-83** |
| TELEFONE: **0800 600 0055** | SITE: **https://www.humanasaude.com.br/sul/** |

|  |
| --- |
| **DADOS DA CONTRATANTE**  |
| DENOMINAÇÃO: |
| CNPJ: | E-MAIL: | TELEFONE: |

|  |
| --- |
| **DADOS DO(A) BENEFICIÁRIO TITULAR** |
| NOME COMPLETO (SEM ABREVIAÇÕES): |
| CPF: | E-MAIL: | CELULAR / WHATSAPP: |
| DATA DE NASCIMENTO: | PRC: |
| Nº CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE: |
| NOME COMPLETO DA MAE (SEM ABREVIAÇÕES): |
| SEXO: | ESTADO CIVÍL: [ ]  Solteiro [ ]  Casado [ ] Viúvo [ ]  Divorciado [ ]  Outro |
| ENDEREÇO: | COMPLEMENTO: | UF: |
| BAIRRO: | CIDADE: | CEP: |

| **DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** |
| --- |
| **1** | Nome Completo\* (sem abreviações) | CPF\* |
|  |  |
| Data de Nascimento\* | Sexo\* | Estado Civil\* |
|  |  | [ ]  Solteiro [ ]  Casado [ ] Viúvo [ ]  Divorciado [ ]  Outro |
| PRC (Programa de Redução de Carência) | Nº Cartão Nacional de Saúde\* | Grau de Parentesco |
|  |  | [ ]  Cônjuge [ ]  Filho(a) [ ]  Outro, Qual? |
| Telefone / WhatsApp\* | E-mail\* |
|  |  |
| Nome Completo da Mãe\* (sem abreviações) |
|  |
|  |
| **2** | Nome Completo\* (sem abreviações) | CPF\* |
|  |  |
| Data de Nascimento\* | Sexo\* | Estado Civil\* |
|  |  | [ ]  Solteiro [ ]  Casado [ ] Viúvo [ ]  Divorciado [ ]  Outro |
| PRC (Programa de Redução de Carência) | Nº Cartão Nacional de Saúde\* | Grau de Parentesco |
|  |  | [ ]  Cônjuge [ ]  Filho(a) [ ]  Outro, Qual? |
| Telefone / WhatsApp\* | E-mail\* |
|  |  |
| Nome Completo da Mãe\* (sem abreviações) |
|  |
|  |
| **3** | Nome Completo\* (sem abreviações) | CPF\* |
|  |  |
| Data de Nascimento\* | Sexo\* | Estado Civil\* |
|  |  | [ ]  Solteiro [ ]  Casado [ ] Viúvo [ ]  Divorciado [ ]  Outro |
| PRC (Programa de Redução de Carência) | Nº Cartão Nacional de Saúde\* | Grau de Parentesco |
|  |  | [ ]  Cônjuge [ ]  Filho(a) [ ]  Outro, Qual? |
| Telefone / WhatsApp\* | E-mail\* |
|  |  |
| Nome Completo da Mãe\* (sem abreviações) |
|  |

|  |
| --- |
| **DADOS DOS BENEFICIÁRIOS DEPENDENTES** |
| **4** | Nome Completo\* (sem abreviações) | CPF\* |
|  |  |
| Data de Nascimento\* | Sexo\* | Estado Civil\* |
|  |  | [ ]  Solteiro [ ]  Casado [ ] Viúvo [ ]  Divorciado [ ]  Outro |
| PRC (Programa de Redução de Carência) | Nº Cartão Nacional de Saúde\* | Grau de Parentesco |
|  |  | [ ]  Cônjuge [ ]  Filho(a) [ ]  Outro, Qual? |
| Telefone / WhatsApp\* | E-mail\* |
|  |  |
| Nome Completo da Mãe\* (sem abreviações) |
|  |
|  |

| **DADOS DO PRODUTO CONTRATADO** |
| --- |
| PRODUTO MÉDICO:NOME COMERCIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NÚMERO DE REGISTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | PRODUTO ODONTOLÓGICO:NOME COMERCIAL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_NÚMERO DE REGISTRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **DECLARAÇÕES E TERMOS DE RESPONSABILIDADE DO(A) BENEFICIÁRIO TITULAR** |
| 1. Declaro que me foi fornecido acesso ao Contrato de Prestação Continuada de Serviços ou Cobertura de Custos Assistenciais na Forma de Plano Privado de Assistência à Saúde (Condições Gerais), e estou ciente que o documento Digital está disponível para download no site da Contratada.2. Declaro que me foi fornecido antes e no ato da contratação, respectivamente, o Manual de Orientação para Contratação de Plano de Saúde e o Guia de Leitura Contratual, os quais estão disponíveis para consulta no link enviado por e-mail.3. Declaro que me foi esclarecido que a Rede Credenciada do plano contratado, bem como as alterações realizadas nesta, ficarão disponíveis no site da Contratada https://www.humanasaude.com.br/sul/, SAC (45) 3284-7229.4. Autorizo que as atualizações da tabela de procedimentos garantidos em pós pagamento, do plano odontológico sejam feitas quando necessárias para as quais dou meu expresso consentimento prévio, constituindo as informações por e-mail, WhatsApp, aplicativos, mensagens eletrônicas, cartas, em aditivos contratuais, para todos os fins de direito.5. Estou ciente que o atendimento assistencial será de acordo com a área de atuação do produto e seus prestadores disponíveis na localidade.6. Estou ciente que, independentemente de onde esteja o meu domicílio, a abrangência de cobertura de atendimento é conforme a área de atuação descrita na proposta. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_LOCAL E DATA ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR OU RESPONSÁVEL (QUANDO MENOR DE 18 ANOS) |