| **DADOS DA OPERADORA** |
| --- |
| NOME DA OPERADORA: **HUMANA SAÚDE SUL 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 DO(A) BENEFICIÁRIO TITULAR** |
| --- |
| NOME COMPLETO (SEM ABREVIAÇÕES):  |
| Registro do Produto:  | E-MAIL: | CELULAR / WHATSAPP:  |
| SEXO:  | ESTADO CIVÍL: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐Viúvo ☐ Divorciado ☐ Outro |
| ENDEREÇO:  | COMPLEMENTO:  | UF:  |
| BAIRRO:  | CIDADE:  | CEP:  |

**O Titular acima qualificado solicita a inclusão de seus Dependentes arrolados a seguir:**

| **DADOS DO(S) BENEFICIÁRIO(S) DEPENDENTES A SEREM INCLUÍDOS**  |
| --- |
| **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) |
|  |
|  |
| **VALORES ATUALIZADOS DO PRODUTO CONTRATADO** |

| **FAIXA ETÁRIA** | **0 a 18 anos** | **19 a 23 anos** | **24 a 28 anos** | **29 a 33 anos** | **34 a 38 anos** | **39 a 43 anos** | **44 a 48 anos** | **49 a 53 anos** | **54 a 58 anos** | **59 anos ou mais** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Valores |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Percentuais de reajuste |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Reajuste anual | Será aplicado de acordo com a publicação e autorização da ANS, a ser aplicado no mês da assinatura da Apólice referida no topo desta página. |
| Coparticipações | Serão cobradas de acordo com as regras previstas na Apólice e Condições Gerais |

| **DECLARAÇÕES E TERMOS DE RESPONSABILIDADE DO(A) BENEFICIÁRIO TITULAR** |
| --- |
| **1.** Reconheço que meus dependentes agora incluídos terão direito às coberturas e benefícios previstos no Contrato de Prestação Continuada de Serviços ou Cobertura de Custos Assistenciais no Plano Privado de Assistência à Saúde (Condições Gerais), o qual contratei. Entendo que esta adesão acarretará custos financeiros, conforme estabelecido no contrato, e assumo total responsabilidade por esses custos.**2.** Declaro que fui informado de que a Rede Credenciada do plano contratado, assim como qualquer alteração na mesma, estará disponível no site da Operadora Contratada ([https://www.humanasaude.com.br/sul/](https://www.humanasaude.com.br/nordeste/)) ou através do SAC (0800 600 0055).**3.** Autorizo que quaisquer acréscimos de valores referentes a mensalidades, coparticipações ou outros encargos decorrentes da inclusão de meus dependentes sejam adicionados ao boleto de cobrança do contrato no qual sou o titular.**4.** Autorizo a Operadora a realizar cobranças e contatos por meio de e-mail, WhatsApp, ligações gravadas, SMS, e reconheço essas formas de comunicação como válidas para todos os efeitos legais, incluindo o cancelamento da minha apólice.**5.** Estou ciente de que as Condições Gerais podem ser acessadas, se necessário, no site da Operadora (https://www.humanasaude.com.br/sul/)  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ LOCAL E DATA ASSINATURA DO PROPONENTE TITULAR |