



INTERCLÍNICAS

www.interclinicasbrasil.com.br

ANS 420841

Número da proposta

FICHA CADASTRAL DE ADEÇÃO DE TITULAR

CPF do contratante/Titular	RG do contratante	Número do CNS do contratante	
Nome completo			
Data de nascimento	Cidade de nascimento	Estado de nascimento	
Nome da mãe			
Endereço			
Numero	Bloco	Apartamento	Complemento
Bairro	Cidade	Cep	Estado
Telefone comercial	Telefone celular	Telefone celular	Telefone Residencial
Site	Email -		
Nome do Responsável legal pela contratante			
Cpf do responsável	Rg do responsável	Email do responsável	
Plano contratado _____			
Em caso de adesão de dependentes preencher o quadro abaixo			
Faixa Etária	Quantidade de vidas	Valor individual	Valor total
00 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			
Acima de 59 Anos			
Valor total			
Solicitamos a inclusão dos beneficiários e dependentes ao contrato de Assistência médica da Interclínicas do Brasil Assistência médica Ltda, sendo esta proposta integrante do contrato e anexos.			
Local, e Data _____ / ____ / _____			
Assinatura do Responsável _____			
Nome do corretor	Cpf do corretor	Telefone do corretor	
Plataforma autorizada	Telefone da Plataforma	Assinatura do corretor	



INTERCLÍNICAS
www.interclinicasbrasil.com.br

ANS 420841

Número da proposta
