

# FICHA DE ADESÃO HAPVIDA



## 1. DADOS DO TITULAR

CPF	NOME DO TITULAR	DATA NASCIMENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SEXO	IDENTIDADE	ORGÃO EMISSOR	UF
<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESTADO CIVIL	NOME DA MÃE DO TITULAR	MATRICULA EMPRESA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATA DE ADMISSÃO	TIPO DE PLANO (Enfermaria ou Apartamento)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

## 2. DADOS DO ENDEREÇO

CEP	ENDEREÇO RESIDENCIAL	NÚMERO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

COMPLEMENTO	BAIRRO	CIDADE	UF
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

CONTATO	
( <input type="text"/> )	( <input type="text"/> )

## 3. DADOS DO DEPENDENTES

DEPENDENTE 1		
CPF	NOME DO DEPENDENTE	DATA NASCIMENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESTADO CIVIL	TIPO DE DEPENDENTE	DATA DE CASAMENTO	SEXO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

NOME DA MÃE DO DEPENDENTE	DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

DEPENDENTE 2		
CPF	NOME DO DEPENDENTE	DATA NASCIMENTO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

ESTADO CIVIL	TIPO DE DEPENDENTE	DATA DE CASAMENTO	SEXO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M

NOME DA MÃE DO DEPENDENTE	DECLARAÇÃO DE NASCIDO VIVO
<input type="text"/>	<input type="text"/>

**ATENÇÃO!!!**

**DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA INCLUSÃO DE TITULAR:** Cópias do RG, CPF, comprovante de residência, filiação.  
**PARA INCLUSÃO DE DEPENDENTES:** Cópias do RG CPF, certidão de casamento e/ou nascimento. Se o dependente tiver idade entre 18 à 21 anos, encaminhar declaração da instituição de ensino superior.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_  
Local e data Assinatura

Hapvida Assistência Médica

Eu \_\_\_\_\_, portador do CPF: \_\_\_\_\_, autorizo minha participação na campanha de adesão e isenção de carências conforme tabela abaixo, para o grupo de usuários inclusos no plano entre os dias 16/04/2019 e 15/05/2019 para início de vigência dia 01/06/2019 no contrato da empresa: ASSOCIACAO DOS SERV DO PODER JUD DO EST PERN, CNPJ: 0113964390001-00.

**Grupos de 3 a 14 vidas: isenção das carências do grupo “30 dias”, mantendo demais carências e CPT;**  
**Grupos de 15 a 29 vidas: isenção das carências do grupo “90 dias”, mantendo demais carências e CPT;**  
**Grupos acima de 30 vidas : isenção das carências do grupo “180 dias”, mantendo PARTO e CPT;**

Tenho ciência que os usuários beneficiados por esta isenção de carências, deverão permanecer no plano pelo período mínimo de 12 meses corridos a contar do dia 01/06/2019 exceto para os casos de demissão e/ou óbito, mediante comprovação do fato (envio ao Hapvida do termo de rescisão contratual homologado e/ou certidão de óbito) no mesmo dia da digitação de seu cancelamento no sistema de movimentação do Hapvida.

Caso meu cancelamento seja realizado antes do período de 12 meses, e não sejam enviados os comprovantes de demissão e/ou óbito, declaro está ciente que serão cobrados em minha folha de pagamento as demais parcelas restantes para o complemento de 12 meses ativos. Ressalto ainda estar cientes que as condições acima citadas são válidas para usuários titulares e seus devidos dependentes diretos legais e que esta condição é válida apenas para os usuários que iniciarão contrato em 01/06/2019.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2019.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do colaborador