

**ASSOCIADO/PENSIONISTA**

Inscrição										E-mail									
Nome																			
Endereço										Número					Complemento				
Bairro							Cidade							UF		CEP			
Telefone							Data de Nascimento					Estado Civil					Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino		
CPF				RG			Órgão Emissor / UF					Data de Emissão					Naturalidade		

**PESSOA JURÍDICA CONTRATANTE (USO BANESCAIXA)**

Pessoa Jurídica										CNPJ									
Endereço										Número					Complemento				
Bairro							Cidade							UF		CEP			

**DEPENDENTE(S)**

Inscrição	Nome	Data de Nascimento	Sexo	Grau de Parentesco*	Naturalidade

**\* TABELA GRAU DE PARENTESCO****01 - Cônjuge   02 - Companheiro   03 - Filho   04 - Filho Incapaz   05 - Enteado   06 - Guarda   07 - Tutela****DECLARAÇÃO**

Declaro, para os devidos fins de direito, ter ciência da existência e o conhecimento na íntegra do Estatuto e do Regulamento do **Plano BANESCAIXA**, devidamente registrado na ANS sob o nº 484.339/19-8 e no Cartório de Registro de Títulos e Documentos na cidade de Vitória/ES, os quais, respectivamente, definem normas, critérios e condições para assistência à saúde. Bem como, ter recebido o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde - MPS, anteriormente a adesão e, estar recebendo o Guia de Leitura Contratual - GLC, neste momento.

Ainda neste contexto, declaro que a partir da assinatura deste formulário, adiro, aceito de forma livre e espontânea, ciente das condições gerais, carências, modalidades de benefícios, serviços não cobertos, forma de reembolso e o plano de custeio composto pela contribuição mensal e co-participação financeira decorrente da utilização do plano assistencial. Além do supra citado, responsabilizo-me pela exatidão das informações por mim prestadas, sob pena de responsabilização civil e penal.

## DECLARAÇÃO (CONTINUAÇÃO)

Autorizo a Caixa de Assistência do Sistema Financeiro Banestes a utilizar meus dados pessoais na assistência à saúde, formulários, contas médicas, extratos da rede credenciada que me atenderão, bem como meu extrato de utilização para controle, cartão de atendimento e quaisquer outros documentos que porventura sejam necessários para a prestação da assistência através do Plano de Saúde em que me encontro(a) inscrito(a).

Ainda neste contexto, autorizo a utilização dos dados necessários na execução de políticas públicas, bem como nas solicitações e exigências dos órgãos estaduais e federais.

Elejo formalmente abaixo as pessoas que possam me representar na BANESCAIXA pessoalmente, por e-mail ou por telefone para tratar de assuntos de autorização e recebimento de documentos, demais solicitações estarão sujeitas a análise administrativa.

Nome \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_  
E-mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Associado/Pensionista

Folha de Pagamento     Débito em Conta corrente     Folha de Benefício     Boleto Bancário

Conta-corrente			Nome do Correntista
Banco	Agência	Número	

Autorizo debitar/creditar na conta corrente indicada, os valores oriundos da contribuição social mensal e co-participação financeira decorrente da utilização do plano de benefícios, bem como quaisquer outros débitos/créditos acerca da assistência à saúde prestada em consonância com a ora contratualização aderida.

Tenho ciência de que no caso de eventual insuficiência de fundos na citada conta-corrente e/ou impossibilidade do débito na data da efetiva liquidação, a forma de pagamento será convertida, automaticamente, em boleto bancário.

\_\_\_\_\_  
Local e Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Correntista

### USO BANESCAIXA

Cadastro Processado  
Data

Nome / Assinatura

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_