



## REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE TITULAR

Eu \_\_\_\_\_, inscrito(a) no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, venho por meio deste solicitar a **inclusão como associado(a) titular** da SIM - Caixa de Assistência à Saúde através do **PLANO SIM SORRIR**, registrado na ANS sob nº 469.217.13-9, conforme segue:

### DADOS ASSOCIADO

Nome do Associado

CPF nº \_\_\_\_\_ Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_ Sexo (M/F) \_\_\_\_\_

CPF nº	Data de Nascimento	Estado Civil	Sexo (M/F)
--------	--------------------	--------------	------------

Documento Identidade \_\_\_\_\_ Órgão Expedidor \_\_\_\_\_ Data Expedição \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Documento Identidade	Órgão Expedidor	Data Expedição	Nacionalidade
----------------------	-----------------	----------------	---------------

### Filiação

Nome do Pai

Nome da Mãe

### Endereço

Endereço Residencial \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Endereço Residencial	Número
----------------------	--------

Complemento \_\_\_\_\_ Bairro \_\_\_\_\_ Município \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CEP \_\_\_\_\_

Complemento	Bairro	Município	Estado	CEP
-------------	--------	-----------	--------	-----

### Telefone/E-mail

Telefone Residencial com DDD \_\_\_\_\_ Celular com DDD \_\_\_\_\_ Telefone Comercial \_\_\_\_\_

Telefone Residencial com DDD	Celular com DDD	Telefone Comercial
------------------------------	-----------------	--------------------

E-mail Pessoal \_\_\_\_\_ E-mail Comercial (ou segunda opção de e-mail) \_\_\_\_\_

E-mail Pessoal	E-mail Comercial (ou segunda opção de e-mail)
----------------	---

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Associado



## DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTOS REFERENTES AO PLANO SIM SORRIR

### DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO

Declaro que recebi as informações referentes às condições da inscrição oferecidos pelo Plano SIM Sorrir e que tenho interesse.

Na oportunidade autorizo a SIM- Caixa de Assistência à Saúde e meu empregador a descontar mensalmente de minha remuneração bruta ou a Entidade fechada de Previdência Privada de meu benefício, ou a debitar, mensalmente na minha conta corrente do Banco do Brasil nº \_\_\_\_\_, agência nº \_\_\_\_\_, a importância equivalente ao valor da mensalidade e coparticipação referente ao Plano SIM Sorrir. Estando ciente que sobre os valores pagos com atraso incidirão juros e multas previstas no regulamento do Plano, onde poderá acarretar na exclusão minha e de meus dependentes bem como

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Associado

### PARA USO EXCLUSIVO DA SIM CAIXA DE ASSISTÊNCIA

Documentos em anexos estão OK: SIM [ ] ou NÃO [ ]

Aprovado: SIM [ ] ou NÃO [ ]

Verificado por: \_\_\_\_\_



## DECLARAÇÃO DO ASSOCIADO

Eu associado(a) \_\_\_\_\_ titular da SIM – Caixa de Assistência à Saúde, inscrito(a) no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, declaro que, antes da assinatura deste documento de adesão, me foi disponibilizado o Manual de Orientação para contratação de Planos de Saúde – MPS. Declaro ainda que por minha opção, terei acesso ao Guia de Leitura Contratual (GLC) e dentre outros informativos sobre o Plano SIM Sorrir através sítio da Caixa de Assistência SIM [www.simplanodesaude.com.br](http://www.simplanodesaude.com.br)

Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ /20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura Associado



## INFORMAÇÕES GERAIS:

### 01. DOCUMENTOS DE ORIENTAÇÃO E OUTROS

O Regulamento do Plano, Manual de Orientação para Contratação de Planos de Sorrir – MPS e o Guia de Leitura Contratual – GLC, Tabela de Reembolso, Guia da Rede de Cobertura e dentre outros informativos sobre o Plano SIM Sorrir se encontram no sítio da Caixa de Assistência - SIM ([www.simplanodesaude.com.br](http://www.simplanodesaude.com.br))

### 02. QUEM PODE SER INSCRITO COMO DEPENDENTE NO PLANO SIM SORRIR

- Cônjuge;
- Companheiro, desde que comprove união estável, como entidade familiar na forma da lei, sem eventual concorrência com o cônjuge;
- Filhos, de qualquer condição, desde que solteiros, não emancipados e menores de 21 (vinte e um) anos e os de idade inferior a 24 (vinte e quatro) anos que estejam frequentando curso superior, em estabelecimento de ensino oficial ou reconhecido;
- Filhos inválidos, enquanto perdurar a invalidez, não emancipados e que não exerçam atividade remunerada;
- Menor sob guarda ou tutela, com documento judicial comprobatório da respectiva condição, renovável, obrigatoriamente, a cada 02 (dois) anos.

Quando da INSCRIÇÃO de cada Beneficiário TITULAR ou dependente no PLANO será cobrado **R\$ 40,58** (quarenta e dois reais e dois centavos) a título de “Taxa de Inscrição”.

### 03. PRAZOS DE CARÊNCIA

Procedimentos de urgência e de emergência, nos termos definidos neste Regulamento	<b>24 horas</b>
Para os demais casos, bem como novos procedimentos decorrentes da atualização do Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS	<b>30 dias</b>

### 04. DOCUMENTOS DE ORIENTAÇÃO E OUTROS

Para validação da inscrição se faz necessário às cópias dos seguintes documentos do Associado(a):

**CARTEIRA DE IDENTIDADE, CPF e COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA.**