



REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO DE DEPENDENTE

Eu _____, inscrito(a) no CPF/MF sob nº _____, venho por meio deste solicitar a inclusão do beneficiário(a) dependente da S I M - Caixa de Assistência à S a ú d e através do **PLANO SIM SORRIR**, registrado na ANS sob nº 469.217.13-9, conforme segue:

DADOS DO(A) DEPENDENTE

Nome do(a) Dependente

CPF nº	Data de Nascimento	Estado Civil	Grau de Parentesco	Sexo (M/F)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Documento Identidade	Órgão Expedidor	Data Expedição	Nacionalidade
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Filiação

Nome do Pai

Nome da Mãe

Endereço

Endereço Residencial

Número

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Complemento	Bairro	Município	Estado	CEP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Telefone/E-mail

Telefone Residencial com DDD

Celular com DDD

Telefone Comercial

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

E-mail Pessoal

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

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Local: _____

Data: ____ / ____ /20____

Assinatura Beneficiário(a) Titular



DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA DESCONTOS REFERENTES AO PLANO SIM SORRIR

DECLARAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE DÉBITO

Declaro que recebi as informações referentes às condições da inscrição oferecidas 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, 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 inclusão nos serviços de proteção ao crédito.

Assinatura Beneficiário(a) Titular

PARA USO EXCLUSIVO DO CAIXA DE ASSISTÊNCIA - SIM

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 de meu dependente, 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 SIM - Caixa de Assistência à Saúde www.simplanodesaude.com.br

Local: _____

Data: ____/____/20____

Assinatura Beneficiário(a) Titular

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)

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.
- Enteados, 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;

Quando da INSCRIÇÃO de cada Beneficiário TITULAR ou dependente no PLANO será cobrado **R\$ R\$ 48,13** (quarenta e oito reais e treze centavos) a título de “Taxa de Inscrição”.

03. PRAZOS DE CARÊNCIA

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

04. DOCUMENTOS DE ORIENTAÇÃO E OUTROS

Para validação da inscrição se faz necessário às cópias dos seguintes documentos:

- **Associado (a):** carteira de identidade, CPF e comprovante de residência;
- **Cônjuge:** carteira de identidade, CPF e Certidão de Casamento atualizada;
- **Filhos (as):** certidão de nascimento, identidade e CPF do filho(a), cópia da identidade e CPF da mãe, se menor de idade.
- **Enteados (as):** Cópia da certidão de nascimento/Identidade e CPF do enteado, cópia da identidade e CPF da mãe ou pai, se menor de idade e cópia da certidão de casamento atualizada ou certidão de União Estável (três meses de emissão da cópia) (somente para os casos onde o cônjuge não esteja cadastrado no plano do Titular no SIM).