

## CARTÃO PROPOSTA



ANS - nº 37995-6

O Cartão Proposta contém os Dados Cadastrais e a Declaração de Saúde do titular e de seus dependentes.

Ele deverá ser preenchido eletrônica ou manualmente, datado e assinado pelo titular e entregue no RH da Empresa em envelope fechado ou diretamente para o Consultor da Care Plus.

Os dados contidos no Cartão Proposta são confidenciais e de uso exclusivo da Care Plus.

### DADOS CADASTRAIS

A legislação vigente exige o envio de documentos complementares ao cartão proposta, detalhados a seguir:

#### Titular: documentos comprobatórios de vínculo empregatício:

- Empregados: Ficha de Registro ou Carteira de Trabalho;
- Sócios: Contrato Social e última alteração, devidamente registrados perante o órgão competente;
- Administradores: Contrato Social ou ata de eleição, devidamente registrados perante o órgão competente ou requerimento de firma individual;
- Estagiários e menores aprendizes: Contrato de Prestação de Serviços devidamente certificado;

#### Dependentes: documentos comprobatórios de vínculo com o beneficiário titular:

- Cônjuge: Certidão de casamento;
- Companheiro(a): Para comprovação de união estável devem ser apresentados cópia de, no mínimo, dois documentos ou declaração de união estável (pública ou particular);
- Filhos: Certidão de Nascimento ou RG;
- Enteadado: Certidão de nascimento ou RG + vínculo marital;
- Adotado: Certidão de nascimento, termo de guarda.

#### Inclusão de novo(s) dependente(s)?

Caso positivo, identifique abaixo o nº do certificado do titular e passe direto para o preenchimento do(s) dependente(s).

Nº do certificado do titular: \_\_\_\_\_

(\*) - Preenchimento obrigatório conforme Resolução normativa da ANS nº 250 - Instrução normativa nº 46/DIDES DE 25/03/2011

Nome da Empresa:\* \_\_\_\_\_ Número da Empresa:\* \_\_\_\_\_

\* Consulte o RH ou seu Consultor de Atendimento para saber o nº da sua empresa no contrato com a Care Plus.

Nome do Titular:\* \_\_\_\_\_

Informe o nome da mãe ou o PIS:\* \_\_\_\_\_

Data de Admissão:\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Sexo:\*  Masculino  Feminino

Data de Nascimento:\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Peso (kg):\* \_\_\_\_ Altura (cm):\* \_\_\_\_ Nº CNS (Cartão Nacional de Saúde): \_\_\_\_\_

CPF:\* \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

Cargo:\* \_\_\_\_\_ Identificação do RH: \_\_\_\_\_ Centro de custo: \_\_\_\_\_

Nº Registro do Funcionário: \_\_\_\_\_ Vínculo Empregatício:\* \_\_\_\_\_

E-mail Comercial: \_\_\_\_\_

#### Informe pelo menos um telefone para contato

Tel. Comercial: \_\_\_\_\_ Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Cel. (Para envio de SMS e contato): \_\_\_\_\_

Endereço residencial:\* \_\_\_\_\_ Nº:\* \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro:\* \_\_\_\_\_ Cidade:\* \_\_\_\_\_ Estado:\* \_\_\_\_\_ CEP:\* \_\_\_\_\_

Informe um email para contato:\* \_\_\_\_\_

Plano Saúde: \_\_\_\_\_ Plano Dental: \_\_\_\_\_

### DADOS BANCÁRIOS PARA REEMBOLSO (TITULAR) \*

Nome Banco: \_\_\_\_\_ Nº Banco: \_\_\_\_\_ Nº Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Nome do titular da conta: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

### MANUAL DE REDE

A Care Plus está propondo a substituição do tradicional manual impresso por um manual em CD.

Para cada manual trocado, doaremos R\$ 5,00 ao Movimento + Feliz, que une empresas dos mais diferentes setores da nossa economia em torno de um único objetivo: incentivar a participação, o envolvimento e a doação para causas sociais.

Para conhecer um pouco mais sobre o movimento, acesse [www.maisfeliz.org](http://www.maisfeliz.org)

**Concordo em receber o manual de rede da Care Plus em CD, contribuindo para a campanha do Movimento + Feliz**

### DADOS DOS DEPENDENTES

Nome do 1º Dependente:\*

Sexo:\*  Masculino  Feminino Data de Nascimento:.\* / / Peso (kg):\* Altura (cm):\*

Parentesco:\* Nº CNS (Cartão Nacional de Saúde):

CPF:.\* RG: Órgão Emissor: País:.

**Obrigatório se maior de 18 anos**

Informe o nome da mãe ou o PIS:\*

Nº da declaração de nascido vivo (apenas para nascimentos a partir de 01/01/2010):

**Marque este campo se os dados abaixo forem iguais aos do titular**

Endereço Residencial: Nº Complemento:

Bairro: Cidade: Estado: CEP:

**Informe pelo menos um telefone para contato\***

Tel. Comercial: Tel. Residencial: Cel. (Para envio de SMS e contato):

Informe um email para contato:\*

**Dados bancários para reembolso - 1º Dependente\***

Nome Banco: Nº Banco: Nº Agência: Conta Corrente:

Nome do titular da conta: CPF:

Nome do 2º Dependente:\*

Sexo:\*  Masculino  Feminino Data de Nascimento:.\* / / Peso (kg):\* Altura (cm):\*

Parentesco:\* Nº CNS (Cartão Nacional de Saúde):

CPF:.\* RG: Órgão Emissor: País:.

**Obrigatório se maior de 18 anos**

Informe o nome da mãe ou o PIS:\*

Nº da declaração de nascido vivo (apenas para nascimentos a partir de 01/01/2010): \_\_\_\_\_

Marque este campo se os dados abaixo forem iguais aos do titular

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**Informe pelo menos um telefone para contato\***

Tel. Comercial: \_\_\_\_\_ Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Cel. (Para envio de SMS e contato): \_\_\_\_\_

Informe um email para contato: \* \_\_\_\_\_

**Dados bancários para reembolso - 2º Dependente\***

Nome Banco: \_\_\_\_\_ Nº Banco: \_\_\_\_\_ Nº Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Nome do titular da conta: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**Nome do 3º Dependente:\*** \_\_\_\_\_

Sexo: \*  Masculino  Feminino Data de Nascimento:.\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Peso (kg):\* \_\_\_\_ Altura (cm):\* \_\_\_\_

Parentesco: \* \_\_\_\_\_ Nº CNS (Cartão Nacional de Saúde): \_\_\_\_\_

CPF: \* \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**Obrigatório se maior de 18 anos**

Informe o nome da mãe ou o PIS: \* \_\_\_\_\_

Nº da declaração de nascido vivo (apenas para nascimentos a partir de 01/01/2010): \_\_\_\_\_

Marque este campo se os dados abaixo forem iguais aos do titular

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**Informe pelo menos um telefone para contato\***

Tel. Comercial: \_\_\_\_\_ Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Cel. (Para envio de SMS e contato): \_\_\_\_\_

Informe um email para contato: \* \_\_\_\_\_

**Dados bancários para reembolso - 3º Dependente\***

Nome Banco: \_\_\_\_\_ Nº Banco: \_\_\_\_\_ Nº Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Nome do titular da conta: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**Nome do 4º Dependente:\*** \_\_\_\_\_

Sexo: \*  Masculino  Feminino Data de Nascimento:.\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Peso (kg):\* \_\_\_\_ Altura (cm):\* \_\_\_\_

Parentesco: \* \_\_\_\_\_ Nº CNS (Cartão Nacional de Saúde): \_\_\_\_\_

CPF: \* \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**Obrigatório se maior de 18 anos**

Informe o nome da mãe ou o PIS: \* \_\_\_\_\_

Nº da declaração de nascido vivo (apenas para nascimentos a partir de 01/01/2010): \_\_\_\_\_

Marque este campo se os dados abaixo forem iguais aos do titular

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**Informe pelo menos um telefone para contato\***

Tel. Comercial: \_\_\_\_\_ Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Cel. (Para envio de SMS e contato): \_\_\_\_\_

Informe um email para contato: \* \_\_\_\_\_

**Dados bancários para reembolso - 4º Dependente\***

Nome Banco: \_\_\_\_\_ Nº Banco: \_\_\_\_\_ Nº Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Nome do titular da conta: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**Nome do 5º Dependente:\*** \_\_\_\_\_

Sexo: \*  Masculino  Feminino Data de Nascimento:.\* \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Peso (kg):\* \_\_\_\_ Altura (cm):\* \_\_\_\_

Parentesco: \* \_\_\_\_\_ Nº CNS (Cartão Nacional de Saúde): \_\_\_\_\_

CPF: \* \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ Órgão Emissor: \_\_\_\_\_ País: \_\_\_\_\_

**Obrigatório se maior de 18 anos**

Informe o nome da mãe ou o PIS: \* \_\_\_\_\_

Nº da declaração de nascido vivo (apenas para nascimentos a partir de 01/01/2010): \_\_\_\_\_

Marque este campo se os dados abaixo forem iguais aos do titular

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_ Nº \_\_\_\_\_ Complemento: \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

**Informe pelo menos um telefone para contato\***

Tel. Comercial: \_\_\_\_\_ Tel. Residencial: \_\_\_\_\_ Cel. (Para envio de SMS e contato): \_\_\_\_\_

Informe um email para contato: \* \_\_\_\_\_

**Dados bancários para reembolso - 5º Dependente\***

Nome Banco: \_\_\_\_\_ Nº Banco: \_\_\_\_\_ Nº Agência: \_\_\_\_\_ Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Nome do titular da conta: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

**Prezado(a) Beneficiário(a),**

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), instituição que regula as atividades das operadoras de planos privados de assistência à saúde, e tem como missão defender o interesse público vem, por meio desta, prestar informações para o preenchimento da DECLARAÇÃO DE SAÚDE.

**O QUE É A DECLARAÇÃO DE SAÚDE?**

É o formulário que acompanha o Contrato do Plano de Saúde, onde o beneficiário ou seu representante legal deverá informar as doenças ou lesões preexistentes que saiba ser portador ou sofredor no momento da contratação do plano. Para o seu preenchimento, o beneficiário tem o direito de ser orientado, gratuitamente, por um médico credenciado/referenciado pela operadora. Se optar por um profissional de sua livre escolha, assumirá o custo desta opção.

Portanto, se o beneficiário (você) toma medicamentos regularmente, consulta médicos por problema de saúde do qual conhece o diagnóstico, fez qualquer exame que identificou alguma doença ou lesão, esteve internado ou submeteu-se a alguma cirurgia, DEVE DECLARAR ESTA DOENÇA OU LESÃO.

**AO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO:**

A operadora NÃO poderá impedi-lo de contratar o plano de saúde. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS. A operadora deverá oferecer: cobertura total ou COBERTURA PARCIAL TEMPORÁRIA (CPT), podendo ainda oferecer o Agravo, que é um acréscimo no valor da mensalidade, pago ao plano privado de assistência à saúde, para que se possa utilizar toda a cobertura contratada, após os prazos de carências contratuais.

- No caso de CPT, haverá restrição de cobertura para cirurgias, leitos de alta tecnologia (UTI, unidade coronariana ou neonatal) e procedimentos de alta complexidade - PAC (tomografia, ressonância, etc. \*) EXCLUSIVAMENTE relacionados à doença ou lesão declarada, até 24 meses, contados desde a assinatura do contrato. Após o período máximo de 24 meses da assinatura contratual, a cobertura passará a ser integral de acordo com o plano contratado;
- NÃO haverá restrição de cobertura para consultas médicas, internações não cirúrgicas, exames e procedimentos que não sejam de alta complexidade, mesmo que relacionados à doença ou lesão preexistente declarada, desde que cumpridos os prazos de carências estabelecidas no contrato;
- Não caberá alegação posterior de omissão de informação na Declaração de Saúde por parte da operadora para esta doença ou lesão.

**AO NÃO DECLARAR AS DOENÇAS E/OU LESÕES QUE O BENEFICIÁRIO SAIBA SER PORTADOR NO MOMENTO DA CONTRATAÇÃO**

A operadora poderá suspeitar de omissão de informação e, neste caso, deverá comunicar imediatamente ao beneficiário, podendo oferecer CPT, ou solicitar abertura de processo administrativo junto à ANS, denunciando a omissão da informação.

- Comprovada a omissão de informação pelo beneficiário, a operadora poderá RESCINDIR o contrato por FRAUDE e responsabilizá-lo pelos procedimentos referentes a doença ou lesão não declarada;
- Até o julgamento final do processo pela ANS, NÃO poderá ocorrer suspensão do atendimento nem rescisão do contrato. Caso isto ocorra, encaminhe a denúncia à ANS.

**ATENÇÃO!** Se a operadora oferecer redução ou isenção de carência, isto não significa que dará cobertura assistencial para as doenças ou lesões que o beneficiário saiba ter no momento da assinatura contratual. Cobertura Parcial Temporária - CPT - NÃO é carência! Portanto, o beneficiário não deve deixar de informar se possui alguma doença ou lesão ao preencher a Declaração de Saúde!

\* Para consultar a lista completa de procedimentos de alta complexidade – PAC, acesse o Rol de Procedimentos e Eventos em Saúde da ANS no endereço eletrônico: [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a ANS pelo telefone 0800-701-9656 ou consulte a página da ANS - [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) - Perfil Beneficiário.

**Beneficiário**

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

**Intermediário entre a operadora e o beneficiário**

Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## DECLARAÇÃO DE SAÚDE

A Declaração de Saúde é o formulário que registrará informações das eventuais doenças ou lesões pré-existentes, que são consideradas aquelas que você e os seus dependentes sabem possuir no momento da assinatura do contrato. É documento obrigatório e está regulamentado pela Agência Nacional de Saúde Suplementar - ANS.

### ATENÇÃO | DÚVIDAS NO PREENCHIMENTO:

Em caso de dúvidas no preenchimento entre em contato com a nossa Assessoria Médica, através da Central de Relacionamento no tel: **0800 13 2992**.

### RESPOSTAS ÀS PERGUNTAS DO QUESTIONÁRIO:

No questionário abaixo relacionamos tratamentos, sintomas ou doenças que podem ter acometido você ou seus dependentes. É imprescindível que você responda conscientemente todas as perguntas e, em caso de dúvidas, consulte nossa assessoria médica. Caso tenha sido acometido por alguma doença ou sintoma não relacionado nos campos abaixo, é obrigatória sua indicação no "Questionário - Geral", item "6" - "outras doenças ou distúrbios não mencionados acima", campo "Relacionar". Em caso de qualquer resposta afirmativa (X), é obrigatório o preenchimento do campo "comentários".

### EXCLUSÃO DO PLANO OU PERDA DA COBERTURA:

A inexatidão, omissão ou erro em qualquer uma das respostas poderá significar sua exclusão e de seus dependentes do plano ou, a critério da CARE PLUS, a negativa de cobertura. Por isso, em caso de dúvida consulte nossa Assessoria Médica.

Avalie se você ou seus dependentes possuem, nos últimos 24 meses, conhecimento, ou tiveram diagnosticadas as patologias ou doenças abaixo ou se foram indicados a algum tratamento médico. Neste caso, sinalize em frente à patologia ou tratamento específico e caso não encontre nos itens abaixo, aponte no espaço dedicado a comentários que se encontra ao final do questionário.

Marque com

Nº	PATOLOGIA	T	D1	D2	D3	D4	D5
01	Alteração de Glicemia						
02	Anemia Crônica						
03	Anemia Falciforme						
04	Artrite Reumatóide						
05	Artrite Gotosa (GOTA)						
06	Catarata						
07	Ceratocone						
08	Cirrose Hepática						
09	Colesterol e Triglicéride Elevados						
10	Diabetes Mellitus Infante-Juvenil (Tipo I)						
11	Diabetes Mellitus Adulto (Tipo II)						
12	Diverticulite						
13	Doença de Crohn						
14	Doença de Huntington						
15	Elevação do Ácido Úrico						
16	Epilepsia						
17	Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)						
18	Esclerose Múltipla						
19	Escoliose						
20	Esteatose Hepática (Gordura no Fígado)						
21	Estrabismo						
22	Febre Reumática						
23	Fibromialgia						
24	Fibrose Cística						
25	Hepatite B ou C						
26	Hérnia de Disco						
27	Hipertensão Arterial Sistêmica (Pressão Alta)						
28	Linfoma de Hodgkin ou Não Hodgkin						
29	Lupus Eritematoso Sistêmico						
30	Mal de Alzheimer						
31	Mal de Parkinson						
32	Perda Auditiva Total						
33	Psoríase ou Ptíriase						
34	Púrpura Trombocitopênica						
35	Síndrome de Cushing						

Nº	PATOLOGIA	T	D1	D2	D3	D4	D5
36	Talassemia						
37	Transtornos de Coagulação						
38	Trombofilia						
39	Tumores de Fígado						
40	Tumores de Hipófise						
41	Tumores de Mama						
42	Tumor do Aparelho Digestivo ou Intestino						
43	Tumores de Pele (Melanoma)						
44	Vitiligo						
45	Doença cardíaca: Angina						
46	Doença cardíaca: Arritmia						
47	Doença cardíaca: Coronariopatia						
48	Doença cardíaca: Insuficiência cardíaca						
49	Doença cardíaca: Valvulopatia						
50	Infarto agudo do miocárdio						
51	Acidente vascular cerebral (derrame cerebral)						
52	Insuficiência renal crônica						
53	Sofre ou já sofreu de crises renais agudas?						
54	Tem indicação ou se submeteu a cirurgia de redução de estômago?						
55	Tem indicação ou se submeteu a cirurgia plástica pós bariátrica (redução de estômago)?						
56	Tem indicação ou se submeteu a algum transplante? Se sim, indique qual.						
57	Fez/faz sessões de diálise ou hemodiálise?						
58	Fez/faz sessões de quimioterapia ou radioterapia?						
59	Teve diagnóstico de endometriose?						
60	Teve diagnóstico de mioma uterino?						
61	Teve diagnóstico de cisto ovariano?						
62	Tem indicação ou se submeteu a histerectomia total ou parcial?						
63	É usuária de DIU hormonal ou de cobre?						
64	Passou por gestação recente (último ano)?						
65	Está em período gestacional atualmente?						
	Favor especificar o tempo de gestação atual	_____ Semanas		ou		_____ Meses	
	Favor especificar prazo entre consultas de pré natal	<input type="checkbox"/> 30 dias		<input type="checkbox"/> 45 dias		<input type="checkbox"/> 60 dias	
66	Está em acompanhamento de diabetes gestacional?						
67	Está em acompanhamento de hipertensão arterial associada à gestação (pré-eclâmpsia e eclâmpsia)?						
68	Teve histórico de perda de material amniótico?						
69	Teve histórico de abortamento?						
70	Gestação é decorrente de reprodução assistida?						
71	A gestação é múltipla (gêmeos)?						
72	É ou foi fumante?						
	Favor especificar o tempo (em anos)						
73	Declaro não ter conhecimento de nenhuma pré-existência, patologia, tratamento ou sintoma relacionado às questões anteriormente relacionadas						

**Caso possua ciência de alguma patologia, tratamento ou questão não indica nos itens anteriores ou queira complementar com informações sobre as respostas apontadas, utilize o espaço abaixo:**

Para que a CARE PLUS possa desenvolver uma gestão do trabalho de Pré Natal em conjunto com a gestante e o(a) obstetra, por gentileza, indique o nome do(a) profissional, telefone de contato, maternidade em que deve ocorrer o nascimento e data da previsão do parto.

PROFISSIONAL	TEL. COM DDD	ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO OU CLÍNICA	PREVISÃO

### COMENTÁRIOS

No caso de haver indicado uma das patologias, ou possuir ciência de outra doença ou lesão pré-existente, identifique abaixo o número da patologia em questão, a quem se refere (T, D1, D2, D3, D4 e D5) e descreva os detalhes como tempo de diagnóstico, tipo de tratamento, medicações, internações, exames ou terapias a que tenha se submetido.:

Nº DA PATOLOGIA	A QUEM SE REFERE	DESCRIÇÃO

### AUTORIZAÇÃO

Pela presente autorizo:

1. A minha inclusão e de meus dependentes no plano coletivo empresarial, de assistência médica hospitalar, contratado pela empresa para a qual presto serviços (ESTIPULANTE);
2. A ESTIPULANTE a receber todas as comunicações ou avisos inerentes ao contrato.
3. A CARE PLUS, na defesa de seus interesses e a qualquer tempo, solicitar a médicos, hospitais, clínicas, laboratórios, etc, toda e qualquer informação sobre a minha pessoa e / ou de meus dependentes e que sejam necessárias para elucidação de qualquer assunto que se relacione com o presente plano de saúde, inclusive acesso a prontuário médico-hospitalar, resultados de exames, laudos e / ou relatórios médicos de qualquer natureza, respeitados os princípios contemplados pelo sigilo e ética médica;
4. A CARE PLUS a se ressarcir perante terceiros sempre que incorrer no pagamento de despesas médico-hospitalares oriundas de atos de terceiros.

### DECLARAÇÃO

Pela presente, DECLARO ESTAR CIENTE QUE:

1. A Care Plus, com o recebimento desta proposta, tem 15 (quinze) dias para se pronunciar acerca das condições de inclusão de minha pessoa ou de meus dependentes;
2. Foi ofertada ao ESTIPULANTE a opção de contratação de PLANO REFERÊNCIA.
3. Por se tratar de Plano Coletivo Empresarial, todas as condições do Plano são definidas exclusivamente entre a ESTIPULANTE e a CARE PLUS, inclusive eventuais alterações no curso do contrato.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura