

**Anexo II da Proposta de Adesão - Plano de Assistência à Saúde – NOVO FEAS**

**IMPORTANTE:** Os dados preenchidos são de total responsabilidade do proponente titular, não tendo o Economus responsabilidade sobre eventuais informações incorretas ou desatualizadas. O formulário perderá a validade caso esteja ilegível, rasurado, incompleto/abreviado ou sem assinatura. Obrigatório anexar os documentos exigidos para a inscrição do(s) dependente(s).

\* campos obrigatórios

| Nome do Titular* | Matrícula* |
|------------------|------------|
|                  |            |

Solicito, neste ato, inscrição do(a) dependente abaixo identificado(a) no Plano de Assistência à Saúde – NOVO FEAS, sob o registro nº. 469.503/13-8 junto à ANS, conforme segue:

| Dados do(s) Proponente(s) Dependentes (Favor observar o disposto no Art. 5º do regulamento do plano) |                       |                     |                       |     |
|--|-----------------------|---------------------|-----------------------|-----|
| Nome do Proponente Dependente (sem abreviação) *   |                       |                     |                       |     |
| Nome da Mãe (sem abreviação) *   |                       |                     |                       |     |
| Sexo*  | CPF*                  | RG*                 | Órgão Emissor / UF*   |     |
| <input type="checkbox"/> Feminino<br><input type="checkbox"/> Masculino                              |                       |                     |                       |     |
| Data de Nascimento*  | Estado Civil*         | Grau de Parentenso* | Data da Adoção/Tutela |     |
|  |                       |                     |                       |     |
| Nº. da Declaração de Nascido Vivo (apenas para os nascidos a partir de 01/01/2010)                   |                       |                     | Nº. do Cartão do SUS* |     |
|  |                       |                     |                       |     |
| Endereço Residencial (Rua, Avenida, Praça, etc - sem abreviação)*                                    |                       |                     |                       |     |
| Número*  | Complemento           | Bairro*             | Município*            | UF* |
|  |                       |                     |                       |     |
| CEP*   | Telefone Residencial* | Telefone Celular*   | Telefone Comercial    |     |
|  | [ ]                   | [ ]                 | [ ]                   |     |
| E-mail   |                       |                     |                       |     |
|  |                       |                     |                       |     |

Declaro ser responsável legal do(s) dependente(s) menores de idade acima indicado(s), nos termos do art. 14, § 1º, da Lei Geral de Proteção de Dados – LGPD (Lei nº 13.709/2018) e autorizo sua inclusão no plano de saúde contratado, bem como o tratamento de seus dados pessoais, visando seu melhor interesse e em conformidade com a LGPD.

Local e Data

Assinatura do Proponente Titular