

**ASSINALE O TIPO DE ADESÃO**

INCLUSÃO DE DEPENDENTE AGREGADO

**ASSOCIADO TITULAR DA ABET**

*O Associado Titular da ABET é o responsável em última instância por todos os beneficiários por ele inscritos.*

NOME DO ASSOCIADO TITULAR DA ABET

CÓDIGO ABET (VERIFIQUE NA FRENTE DA CARTEIRA DE IDENTIFICAÇÃO DE ASSOCIADO DA ABET - COR AZUL)

**RELAÇÃO DE BENEFICIÁRIOS**

**1) NOME DO BENEFICIÁRIO**

PARENTESCO DO BENEFICIÁRIO EM RELAÇÃO AO ASSOCIADO DA ABET	DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ESTADO CIVIL	RG
CPF	PIS PASEP (NA FALTA DO CPF)		E-MAIL	
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA E COBRANÇA			Nº	COMPLEMENTO
CIDADE	UF	CEP	TEL RESIDENCIAL ( )	TEL COMERCIAL ( )

**2) NOME DO BENEFICIÁRIO**

PARENTESCO DO BENEFICIÁRIO EM RELAÇÃO AO ASSOCIADO DA ABET	DATA DE NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	ESTADO CIVIL	RG
CPF	PIS PASEP (NA FALTA DO CPF)		E-MAIL	
ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA E COBRANÇA			Nº	COMPLEMENTO
CIDADE	UF	CEP	TEL RESIDENCIAL ( )	TEL COMERCIAL ( )

**---- DECLARAÇÃO ----**

Declaro para os devidos fins de direito que as informações ora prestadas nesta Proposta são verdadeiras, sob pena de incorrer nos termos previstos nos artigos 171 e 299 do Código Penal, bem como dos artigos 186 e 187 do Código Civil.

Declaro estar ciente:

1. As inscrições realizadas até o dia 05 do mês terá vigência para o mês de adesão, posterior a esta data a vigência será para o mês seguinte.
2. As coberturas, as exclusões de coberturas, cidades cobertas e demais regras do OMD estão expressas no Guia de Atendimento do OMD – Orientação Médica Domiciliar.
3. De que todos os valores decorrentes das mensalidades não pagas são, desde já por mim reconhecidos como dívida líquida e certa.
4. De que o não pagamento de mensalidade por mais de 60 dias acarretará a exclusão automática do associado titular e de todos aqueles inscritos que sejam a ele vinculados.
5. De que o cancelamento da condição de associado titular da ABET implicará na exclusão automática de todos os inscritos no OMD a ele vinculados.
6. Autorizo o desconto relativo à presente adesão em folha de pagamento ou a cobrança via boleto bancário, na forma de pós pagamento, das mensalidades incidentes sobre todos os inscritos no O.M.D.
7. As mensalidades referentes aos dependentes agregados inscritos no OMD serão cobradas juntamente com a mensalidade do Associado Titular, não havendo possibilidade de cobrança separada.
8. Para inclusão devem ser entregue uma cópia do documento de identidade (RG), e uma cópia do CPF ou cópia da CNH.

As informações ora prestadas são consideradas sigilosas, e tratadas pela ABET de forma confidencial.

LOCAL E DATA	ASSINATURA DO ASSOCIADO TITULAR DA ABET
--------------	---

**PARA USO DA ABET**

DATA RECEPÇÃO	LOCAL	ATENDENTE	Nº ATENDIMENTO
CADASTRO - DATA	CADASTRO - APROVAÇÃO DA ABET	CADASTRO - OBSERVAÇÕES	