

**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:

- 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.
- As coberturas, as exclusões de coberturas, cidades cobertas e demais regras do OMD estão expressas no Guia de Atendimento do OMD – Orientação Médica Domiciliar.
- De que todos os valores decorrentes das mensalidades não pagas são, desde, já por mim reconhecidos como dívida líquida e certa.
- 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.
- De que o cancelamento da condição de associado titular da ABET implicará na exclusão automática de todos os inscritos no OMD a ele vinculados.
- Autorizo o desconto relativo à presente adesão em folha de pagamento ou a cobrança via boleto bancário, na forma de pré-pagamento, das mensalidades incidentes sobre todos os inscritos no O.M.D.
- As mensalidades referentes aos associados pagantes e dependentes agregados inscritos no OMD serão cobradas juntamente com a mensalidade do Beneficiário Titular, não havendo possibilidade de cobrança separada.
- Para inclusão deve 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