



ESAÚDE

ASSIST

PROPOSTA DE ADESÃO AO SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

ESAÚDE ASSIST, pessoa jurídica de direito privado com sede na Rua Via Láctea,300 - Jardim Riacho das Pedras - Contagem/MG, CEP: 32.315-180 inscrita no CNPJ 33.935.068/0001-11, neste ato representada conforme seu contrato social, doravante denominada CONTRATADA e de outro lado, abaixo qualificado, doravante denominado PROPONENTE.

Proposta (Uso interno):	Data da Renovação (Uso interno):
-------------------------	----------------------------------

PROPONENTE ASSOCIADO TITULAR APÓS-PRODEMGE

Nome Associado Titular:		
CPF:	Data Nascimento:	Sexo: () M () F
Identidade (RG):	Data Expedição: ____/____/____	Órgão Expedidor:
Naturalidade:	Nacionalidade:	
Estado Civil:	Solteiro () Casado () Divorciado () Separado () União Estável ()	
Filiação Pai:	Data Nascimento: ____/____/____	
Mãe:	Data Nascimento: ____/____/____	

Endereço de Risco/Cobertura/Correspondência		
Rua/Av/Praça:		
N°:	Complemento:	Bairro:
Município:	UF: BA	CEP:
Tel. Fixo: ()	Tel. Cel ()	Tel. Cel ()
e-mail:		



ESAÚDE

ASSIST

MODALIDADES DE ASSISTÊNCIA FUNERAL

() ASSISTÊNCIA FUNERAL INDIVIDUAL

- Assistência Funeral Individual: Limite de idade de 79 anos, 11 meses e 29 dias (na data da contratação)
- Funeral limitado ao equivalente a R\$ 5.000,00 para o associado titular que vier a falecer

NOME DO ASSOCIADO TITULAR: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

CPF: _____

() ASSISTÊNCIA FUNERAL MULTIFAMILIAR

- Assistência Funeral Multi Familiar: Limite de idade de 69 anos, 11 meses e 29 dias para o titular e cônjuge; limite de idade de 79 anos, 11 meses e 29 dias para pais e sogros; limite de idade de 20 anos, 11 meses e 29 dias para filhos (na data da contratação)
- Funeral limitado ao equivalente a R\$ 5.000,00 para cada membro do grupo familiar que vier a falecer

NOME DO ASSOCIADO TITULAR: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

CPF: _____

BENEFICIÁRIOS

<u>NOME</u>	<u>PARENTESCO</u>	<u>DATA NASC.</u>	<u>CPF</u>
	CÔNJUGE		
	FILHO (A)		
	FILHO (A)		
	FILHO (A)		
	PAI		
	MÃE		
	SOGRO		
	SOGRA		

DA CARÊNCIA:

60 (Sessenta) dias para utilização do serviço de Assistência Funeral, a contar do recebimento deste formulário.

_____ de _____ de 2024

PROPONENTE ASSOCIADO TITULAR APÓS-PRODEMGE

ESAÚDE INTERMEDIACAO DE SERVICOS MEDICOS S.A