

## TERMO DE ADESÃO PLANO CAF AZ MASTER PLUS

### DADOS PESSOAIS DO TITULAR

Nome Completo:		Matrícula:
Nascimento:	CPF:	Estado Civil:
RG:	Órgão Emissor/UF:	Data de Emissão:
Filiação 1:		Filiação 2:
Endereço:	Nº:	Bairro:
Complemento:	Cidade/UF:	CEP:
Telefone / Celular:		E-mail:
Banco:	Agência:	C/C:

### DADOS DO DEPENDENTE

Nome Completo:		Parentesco:
Nascimento:	CPF:	CNS:
RG:	Órgão Emissor / UF:	Data de Emissão:
Filiação 1:		Filiação 2:
Endereço:	Nº:	Bairro:
Complemento:	Cidade/UF:	CEP:
Telefone / Celular:		E-mail:

**Anexar cópias: Certidão de Nascimento (menor de 18 anos), RG, CPF, Comprovante de Endereço e Parentesco.**

### CONSENTIMENTO DO TITULAR

- ✓ Autorizo a esta Caixa de Assistência o acesso irrestrito ao meu prontuário (reprodução por meio magnético ou impresso) e de meu(s) dependente(s), pelos profissionais Auditores Médicos, desde que devidamente identificados, além da participação da Auditoria Presencial em procedimentos cirúrgicos.
- ✓ Declaro que recebi o Manual de Orientação de Planos de Saúde (MPS), o Guia de Leitura Contratual (GLC) e o Contrato do Plano Cafaz Master Plus.
- ✓ Declaro estar ciente que o titular, em hipótese alguma, poderá ser incluído, nem sua mensalidade migrada para boleto bancário, conforme disposto na Resolução de Diretoria Nº 025/2024.

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Data**

\_\_\_\_\_  
**Assinatura do titular**