



Ana Costa Saúde  
Sempre evoluindo para acompanhar você

Contrato nº	Nº da Proposta Contratual
Lei nº 9.656, de 3/6/1998	

## PROPOSTA CONTRATUAL PARA BENEFICIÁRIOS PESSOA JURÍDICA

Avenida Ana Costa, 468 – Gonzaga – Santos - SP – 11060-000 – CNPJ: 02.864.364/0001-45

V.1710

Folha  
1/2

Para qualquer informação, ligue: (13) 3285-1200

### Dados da Empresa Contratante\*

CNPJ	Razão Social
Continuação (Razão Social)	
Nome Fantasia	

### Plano de Assistência Médica

Código do Produto	Nome do Produto
-------------------	-----------------

### Dados do Titular Beneficiário

CPF do Titular*	Nome Completo e sem Abreviações*		
Continuação (Nome Completo e sem Abreviações)			
Nº Cartão Nacional de Saúde		Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 01/01/2010)	
Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Titular*			
PRC JR	Estado Civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros		
Data de Nascimento*	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Haverá Inclusão de Dependentes no Contrato? <input type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não	

### Endereço Residencial

CEP	Logradouro		
Cont. (Endereço Residencial)		Número	Complemento
Bairro		Município	UF
DDD	Telefone Residencial	DDD	Telefone Celular
DDD	Telefone Comercial	Ramal	
E-mail*			

\*Campos obrigatórios conforme exigência da  
Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

\_\_\_\_\_  
Rubrica do Proponente Responsável

ANS - nº 36.024-1

1ª via: Ana Costa Saúde; 2ª Contratante



Ana Costa Saúde  
Sempre evoluindo para acompanhar você

Contrato nº N° da Proposta Contratual

Lei nº 9.656,  
de 3/6/1998

**PROPOSTA CONTRATUAL PARA  
BENEFICIÁRIOS PESSOA JURÍDICA**

Folha  
2/2

**Dados dos Dependentes/Beneficiários**

\*Campos obrigatórios conforme exigência da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS).

1	CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*		
	Continuação (Nome Completo e sem Abreviações)			
	Nº Cartão Nacional de Saúde	Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 01/01/2010)		
	PRC JR	Estado Civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros		
	Data de Nascimento*	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho/filha	
	Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário*			
2	CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*		
	Continuação (Nome Completo e sem Abreviações)			
	Nº Cartão Nacional de Saúde	Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 01/01/2010)		
	PRC JR	Estado Civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros		
	Data de Nascimento*	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho/filha	
	Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário*			
3	CPF*	Nome Completo e sem Abreviações*		
	Continuação (Nome Completo e sem Abreviações)			
	Nº Cartão Nacional de Saúde	Nº Declaração de Nascido Vivo (exigível para os nascidos a partir de 01/01/2010)		
	PRC JR	Estado Civil: <input type="checkbox"/> solteiro <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> viúvo <input type="checkbox"/> divorciado <input type="checkbox"/> outros		
	Data de Nascimento*	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Grau de Parentesco: <input type="checkbox"/> cônjuge <input type="checkbox"/> filho/filha	
	Nome Completo e sem Abreviações da Mãe do Dependente/Beneficiário*			

**Declarações de ciência**

❶ Declaro que recebi o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS) e estou de acordo com seus termos e, portanto, passo a assinar a presente proposta contratual. ❷ Declaro que tenho ciência de que a rede credenciada contratada definida pelo tipo de plano contratado e suas atualizações estarão disponíveis no site [www.anacostasaude.com.br](http://www.anacostasaude.com.br). ❸ Declaro que tenho ciência de que o Rol de Procedimentos Médicos tem sua atualização sob responsabilidade da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) e está disponível no site [www.ans.gov.br](http://www.ans.gov.br) e acessível por meio do site [www.anacostasaude.com.br](http://www.anacostasaude.com.br). ❹ Declaro que tenho ciência de que os procedimentos que necessitam de autorização prévia e as normas administrativas para sua solicitação de cobertura estão disponíveis no site [www.anacostasaude.com.br](http://www.anacostasaude.com.br). ❺ Tenho ciência de que a Guia de Leitura Contratual (GLC) será entregue junto com o cartão de identificação do beneficiário titular e estará disponível no site da operadora para qualquer necessidade de consulta. ❻ Declaro que o **ANA COSTA SAÚDE** apresentou como primeira opção de contratação o Plano Referência, que possui, entre as suas características, cobertura para internação em padrão enfermagem e a cobertura integral para todos os eventos não preexistentes caracterizados nos termos da Lei no 9.656/98 como urgência e emergência, a partir de 24 horas de vigência contratual.

Rubrica do Proponente Responsável

1ª via: Ana Costa Saúde; 2ª Contratante

ANS - nº 36.024-4