

Sul América Saúde S.A. - CNPJ: 86.878.469/0001-43

| Seguro de Assistência à Saúde - Empresa/Grupal

| Seguro de Assistência Odontológica - Grupal

Sul América Serviços Médicos S.A. - CNPJ: 45.565.546/0001-28

| Plano Administrado

Importante

1) Os campos com * são de uso exclusivo da Seguradora.

2) Os campos com sombreado devem ser preenchidos de acordo com a legenda (Vide Verso).

Estipulante	Número Apólice	Desdobramento	D. V.
-------------	----------------	---------------	-------

Dados Cadastrais do Proponente Titular

Empresa	Matrícula	DF	Local	Abrangência Geográfica	Categoria	Setor
---------	-----------	----	-------	------------------------	-----------	-------

Nome do Plano	Plano (*)	Nome do Plano Agregado	Plano Agregado (*)
---------------	-----------	------------------------	--------------------

Data Início Vigência	Data Admissão na Empresa	Sujeita à Carência (*)	Carência (*)	Plano Complementar Empresa	Nome do Plano	Plano (*)	Início Plano
/ /	/ /	Sim Não					/ /

Dados Pessoais do Proponente Titular

Dep. 01	Nome Completo do Titular	Data Nascimento
---------	--------------------------	-----------------

Sexo	Estado Civil	Permanência (*)	Agrupamento de CI (*)	Grau Parentesco	Situação Plano*	Carteira de Identidade
Feminino Masculino	Casado Divorciado Solteiro Viúvo Outros			0		

Órgão Emissor	UF	Data de Expedição	País Emissor da Carteira de Identidade	Nacionalidade
---------------	----	-------------------	--	---------------

CPF	D.V.	PIS/PASEP	Cadastro Nacional de Saúde - CNS
-----	------	-----------	----------------------------------

Nome da Mãe

(DDD) Telefone Residencial	(DDD) Telefone Comercial	(DDD) Celular
----------------------------	--------------------------	---------------

e-mail	Grau de Escolaridade	Renda Familiar Mensal	Profissão
--------	----------------------	-----------------------	-----------

Dados Bancários do Titular

Banco	Agência	Conta Corrente	CPF do titular da Conta Conjunta	D.V.
-------	---------	----------------	----------------------------------	------

Nome do Responsável da Conta Conjunta

Endereço Residencial do Titular

Número	Complemento	Bairro
--------	-------------	--------

Município	UF	CEP
-----------	----	-----

Dados Cadastrais dos Proponentes Dependentes

Dep.	Nome Completo do Dependente
------	-----------------------------

Sexo	Data Nascimento	Permanência (*)	Agrupamento de CI (*)	Grau Parentesco	Situação Plano*	Carteira de Identidade
Feminino Masculino	/ /					

Órgão Emissor	UF	Data de Expedição	País Emissor da Carteira de Identidade	Nacionalidade
---------------	----	-------------------	--	---------------

CPF	D.V.	PIS/PASEP	Cadastro Nacional de Saúde - CNS
-----	------	-----------	----------------------------------

Nome da Mãe

Dep.	Nome Completo do Dependente
------	-----------------------------

Sexo	Data Nascimento	Permanência (*)	Agrupamento de CI (*)	Grau Parentesco	Situação Plano*	Carteira de Identidade
Feminino Masculino	/ /					

Órgão Emissor	UF	Data de Expedição	País Emissor da Carteira de Identidade	Nacionalidade
---------------	----	-------------------	--	---------------

CPF	D.V.	PIS/PASEP	Cadastro Nacional de Saúde - CNS
-----	------	-----------	----------------------------------

Nome da Mãe

0068.0042.0397 1ª Via Seguradora

1º Protocolo Sucursal

3º Protocolo 280/SUOSA

1º Protocolo 280/SUOSA

3º Protocolo Sucursal

Dep.	Nome Completo do Dependente										
Sexo	Data Nascimento		Permanência (*)	Agrupamento de CI (*)	Grau Parentesco	Situação Plano*	Carteira de Identidade				
Feminino Masculino	/	/					-				
Órgão Emissor	UF	Data de Expedição		País Emissor da Carteira de Identidade			Nacionalidade				
CPF		D.V.	PIS/PASEP			Cadastro Nacional de Saúde - CNS					

Nome da Mãe

Dep.	Nome Completo do Dependente										
Sexo	Data Nascimento		Permanência (*)	Agrupamento de CI (*)	Grau Parentesco	Situação Plano*	Carteira de Identidade				
Feminino Masculino	/	/					-				
Órgão Emissor	UF	Data de Expedição		País Emissor da Carteira de Identidade			Nacionalidade				
CPF		D.V.	PIS/PASEP			Cadastro Nacional de Saúde - CNS					

Nome da Mãe

Legendas
Abrangência Geográfica
 Conforme Proposta de Seguro

Dep
 01 = Titular 03 = Companheiro(a)
 02 = Cônjuge 10 = Em diante = Demais Dependentes.

Grau de Escolaridade 01 = Ensino Fundamental ou Ensino Médio (1º ou 2º Grau) 02 = Superior Incompleto 03 = Superior Completo 04 = Pós-Graduação 05 = Mestrado 06 = Doutorado 07 = Pós-Doutorado	Grau Parentesco 1 - Cônjuge; 2 - Filho (a); 3 - Pais; 4 - Companheiro (a); 5 - Outros; 6 - Enteadado (a).	Renda Familiar Mensal 01 = Até R\$ 1.000,00 02 = De R\$ 1.000,01 a R\$ 3.000,00 03 = De R\$ 3.000,01 a R\$ 5.000,00 04 = De R\$ 5.000,01 a R\$ 8.000,00 05 = De R\$ 8.000,01 a R\$ 12.000,00 06 = Mais de R\$ 12.000,00
---	--	--

Órgão Emissor

01 = Carteira de Identidade Classista	08 = Cons. Reg. Fisiot.Ocupacional	15 = Cons. Regional de Odontologia	22 = Ministerio da Marinha
02 = Cons. Reg. Corretores Imoveis	09 = Cons. Reg. Prof.Relacoes Publicas	16 = Cons. Regional de Psicologia	23 = Ministerio do Exercito
03 = Cons. Reg. de Assistentes Sociais	10 = Cons. Regional de Administracao	17 = Cons. Regional de Quimica	24 = Ordem dos Advogados Do Brasil
04 = Cons. Reg. de Biblioteconomia	11 = Cons. Regional de Estatistica	18 = Cons. Regional Med. Veterinaria	25 = Ordem dos Musicos Do Brasil
05 = Cons. Reg. de Contabilidade	12 = Cons. Regional de Farmacia	19 = Cons. Regional Repres.Comerciais	26 = Outros Emissores
06 = Cons. Reg. Enfermagem	13 = Cons. Regional de Medicina	20 = Documentos Estrangeiros	27 = Policia Federal
07 = Cons. Reg. Eng. Arq. e Agronomia	14 = Cons. Regional de Nutricao	21 = Ministerio da Aeronautica	28 = Ssp-Secretaria de Seguranca Publica

Profissões

01 Aposentado/Pensionista	18 Administrador	35 Geógrafo/Geólogo
02 Servidor/Empregado Público	19 Economista	36 Matemático/Estatístico/Atuário
03 Espólio	20 Profissionais de Marketing/Publicitários	37 Técnico de Contabilidade/Estatística
04 Estudante	21 Comunicólogo/Sociólogo/Assistente Social	38 Desenhista/Técnico de ciências exatas
05 Empresários/Proprietários de estabelecimento	22 Bibliotecário/Arquivista/Museólogo/Arqueólogo	39 Escultor/Pintor/Decorador e afins
06 Médico	23 Sacerdote/membro de ordens/seitas religiosas	40 Músico/Artista/Bailarino/Modelo/afins
07 Odontólogo	24 Professor/trabalhador ligados ao ensino	41 Atleta/instrutor/preparador/afins
08 Psicólogo/Pedagogo	25 Securitário	42 Militar ativa/reserva e Polícias
09 Biólogo/Biomédico	26 Bancário	43 Motorista
10 Farmacêutico	27 Corretor de imóveis/seguros/títulos/valores	44 Técnico Mecânico/Lanterneiros/afins
11 Veterinário/ Zootecnista	28 Agente de viagem/Guia de turismo	45 Técnico Eletricista/Eletrônica/Telecomunicações
12 Fonoaudiólogo	29 Secretários/Auxiliar Administrativo/afins	46 Trabalhador da construção civil/metalúrgicos
13 Fisioterapeuta/Terapia Ocupacional	30 Arquiteto	47 Trabalhador rural
14 Enfermeiro/ Nutricionista	31 Engenheiro/Agrônomo	48 Vendedor/Demonstrador/Comprador/afins
15 Técnico em ciências biológicas	32 Profissionais de Informática	49 Hotelaria/Garçom/afins
16 Técnico/Auxiliar de Laboratório e de Biologia	33 Contador/Auditor/afins	50 Outros
17 Advogado	34 Químico/Físico/Astrônomo/ afins	

Pelo presente, autorizo a inclusão de meu nome e/ou de meus dependentes na Apólice de Seguro de Assistência Médica e/ou Hospitalar e/ou na Apólice de Seguro de Assistência Odontológica, solicitada(s) à Companhia indicada no anverso, pelo Estipulante também mencionado no anverso, a quem concedo o direito de agir em meu nome no cumprimento ou alteração de todas as cláusulas da Proposta de Seguro, Cláusulas Adicionais e Especiais da referida apólice, devendo todas as comunicações e/ou avisos inerentes ao contrato ser encaminhados ao aludido Estipulante, que, para tal fim, fica investido dos poderes de representação ora outorgados.

Declaro que me encontro em perfeitas condições de saúde e em plena atividade profissional.

Declaro para os devidos fins e efeitos, que as informações aqui prestadas são verdadeiras e completas, ciente e de acordo com o Artigo 766 do Código Civil Brasileiro, "se o segurado, por si ou por seu representante, fizer declarações inexatas ou omitir circunstâncias que possam influir na aceitação da proposta ou na taxa do prêmio, perderá o direito à garantia, além de ficar obrigado ao prêmio vencido".

Data	Assinatura do Empregado ou Responsável por menor de 18 anos	Assinatura do Estipulante sob Carimbo
------	---	---------------------------------------

Sendo o proponente analfabeto, deverá esta proposta ser firmada a rogo, na presença de duas testemunhas e vistada pelo Estipulante.

1ª Testemunha _____ 2ª Testemunha _____

Assinatura sob carimbo Analista 1ª Análise	Data	Assinatura sob carimbo Analista 3ª Análise	Data
Assinatura sob carimbo Analista 2ª Análise	Data	Assinatura sob carimbo Digitador	Data

Sul América Saúde S.A. - CNPJ: 86.878.469/0001-43

Seguro de Assistência à Saúde - Empresa/Grupal

Seguro de Assistência Odontológica - Grupal

Sul América Serviços Médicos S.A. - CNPJ: 45.565.546/0001-28

Plano Administrado

Importante

1) Os campos com * são de uso exclusivo da Seguradora.

2) Os campos com sombreado devem ser preenchidos de acordo com a legenda (Vide Verso).

Estipulante	Número Apólice	Desdobramento	D. V.
-------------	----------------	---------------	-------

Dados Cadastrais do Proponente Titular

Empresa	Matrícula	DF	Local	Abrangência Geográfica	Categoria	Setor
---------	-----------	----	-------	------------------------	-----------	-------

Nome do Plano	Plano (*)	Nome do Plano Agregado	Plano Agregado (*)
---------------	-----------	------------------------	--------------------

Data Início Vigência	Data Admissão na Empresa	Sujeita à Carência (*)	Carência (*)	Plano Complementar Empresa	Nome do Plano	Plano (*)	Início Plano
----------------------	--------------------------	------------------------	--------------	----------------------------	---------------	-----------	--------------

Dados Pessoais do Proponente Titular

Dep. 01	Nome Completo do Titular	Data Nascimento
---------	--------------------------	-----------------

Sexo	Estado Civil	Permanência (*)	Agrupamento de CI (*)	Grau Parentesco	Situação Plano*	Carteira de Identidade
------	--------------	-----------------	-----------------------	-----------------	-----------------	------------------------

Órgão Emissor	UF	Data de Expedição	País Emissor da Carteira de Identidade	Nacionalidade
---------------	----	-------------------	--	---------------

CPF	D.V.	PIS/PASEP	Cadastro Nacional de Saúde - CNS
-----	------	-----------	----------------------------------

Nome da Mãe

(DDD) Telefone Residencial	(DDD) Telefone Comercial	(DDD) Celular
----------------------------	--------------------------	---------------

e-mail	Grau de Escolaridade	Renda Familiar Mensal	Profissão
--------	----------------------	-----------------------	-----------

Dados Bancários do Titular

Banco	Agência	Conta Corrente	CPF do titular da Conta Conjunta	D.V.
-------	---------	----------------	----------------------------------	------

Nome do Responsável da Conta Conjunta

Endereço Residencial do Titular

Número	Complemento	Bairro
--------	-------------	--------

Município	UF	CEP
-----------	----	-----

Dados Cadastrais dos Proponentes Dependentes

Dep.	Nome Completo do Dependente
------	-----------------------------

Sexo	Data Nascimento	Permanência (*)	Agrupamento de CI (*)	Grau Parentesco	Situação Plano*	Carteira de Identidade
------	-----------------	-----------------	-----------------------	-----------------	-----------------	------------------------

Órgão Emissor	UF	Data de Expedição	País Emissor da Carteira de Identidade	Nacionalidade
---------------	----	-------------------	--	---------------

CPF	D.V.	PIS/PASEP	Cadastro Nacional de Saúde - CNS
-----	------	-----------	----------------------------------

Nome da Mãe

Dep.	Nome Completo do Dependente
------	-----------------------------

Sexo	Data Nascimento	Permanência (*)	Agrupamento de CI (*)	Grau Parentesco	Situação Plano*	Carteira de Identidade
------	-----------------	-----------------	-----------------------	-----------------	-----------------	------------------------

Órgão Emissor	UF	Data de Expedição	País Emissor da Carteira de Identidade	Nacionalidade
---------------	----	-------------------	--	---------------

CPF	D.V.	PIS/PASEP	Cadastro Nacional de Saúde - CNS
-----	------	-----------	----------------------------------

Nome da Mãe

0068.0042.0397 2ª Via Empresa

1º Protocolo Sucursal

1º Protocolo 280/SUCSA

3º Protocolo 280/SUCSA

3º Protocolo Sucursal

Dep.	Nome Completo do Dependente										
Sexo	Data Nascimento		Permanência (*)	Agrupamento de CI (*)	Grau Parentesco	Situação Plano*	Carteira de Identidade				
Feminino	/ /						-				
Masculino	/ /						-				
Órgão Emissor	UF	Data de Expedição		País Emissor da Carteira de Identidade			Nacionalidade				
		/ /									
CPF	D.V.		PIS/PASEP			Cadastro Nacional de Saúde - CNS					

Nome da Mãe

Dep.	Nome Completo do Dependente										
Sexo	Data Nascimento		Permanência (*)	Agrupamento de CI (*)	Grau Parentesco	Situação Plano*	Carteira de Identidade				
Feminino	/ /						-				
Masculino	/ /						-				
Órgão Emissor	UF	Data de Expedição		País Emissor da Carteira de Identidade			Nacionalidade				
		/ /									
CPF	D.V.		PIS/PASEP			Cadastro Nacional de Saúde - CNS					

Nome da Mãe

Legendas

Abrangência Geográfica Conforme Proposta de Seguro	Dep 01 = Titular 03 = Companheiro(a) 02 = Cônjuge 10 = Em diante = Demais Dependentes.
--	---

Grau de Escolaridade 01 = Ensino Fundamental ou Ensino Médio (1º ou 2º Grau) 02 = Superior Incompleto 03 = Superior Completo 04 = Pós-Graduação 05 = Mestrado 06 = Doutorado 07 = Pós-Doutorado	Grau Parentesco 1 - Cônjuge; 2 - Filho (a); 3 - Pais; 4 - Companheiro (a); 5 - Outros; 6 - Enteadado (a).	Renda Familiar Mensal 01 = Até R\$ 1.000,00 02 = De R\$ 1.000,01 a R\$ 3.000,00 03 = De R\$ 3.000,01 a R\$ 5.000,00 04 = De R\$ 5.000,01 a R\$ 8.000,00 05 = De R\$ 8.000,01 a R\$ 12.000,00 06 = Mais de R\$ 12.000,00
---	--	--

Órgão Emissor

01 = Carteira de Identidade Classista	08 = Cons. Reg. Fisiot.Ocupacional	15 = Cons. Regional de Odontologia	22 = Ministerio da Marinha
02 = Cons. Reg. Corretores Imoveis	09 = Cons. Reg. Prof.Relacoes Publicas	16 = Cons. Regional de Psicologia	23 = Ministerio do Exercito
03 = Cons. Reg. de Assistentes Sociais	10 = Cons. Regional de Administracao	17 = Cons. Regional de Quimica	24 = Ordem dos Advogados Do Brasil
04 = Cons. Reg. de Biblioteconomia	11 = Cons. Regional de Estatistica	18 = Cons. Regional Med. Veterinaria	25 = Ordem dos Musicos Do Brasil
05 = Cons. Reg. de Contabilidade	12 = Cons. Regional de Farmacia	19 = Cons. Regional Repres.Comerciais	26 = Outros Emissores
06 = Cons. Reg. Enfermagem	13 = Cons. Regional de Medicina	20 = Documentos Estrangeiros	27 = Policia Federal
07 = Cons. Reg. Eng. Arq. e Agronomia	14 = Cons. Regional de Nutricao	21 = Ministerio da Aeronautica	28 = Ssp-Secretaria de Seguranca Publica

Profissões

01 Aposentado/Pensionista	18 Administrador	35 Geógrafo/Geólogo
02 Servidor/Empregado Público	19 Economista	36 Matemático/Estatístico/Atuário
03 Espólio	20 Profissionais de Marketing/Publicitários	37 Técnico de Contabilidade/Estatística
04 Estudante	21 Comunicólogo/Sociólogo/Assistente Social	38 Desenhista/Técnico de ciências exatas
05 Empresários/Proprietários de estabelecimento	22 Bibliotecário/Arquivista/Museólogo/Arqueólogo	39 Escultor/Pintor/Decorador e afins
06 Médico	23 Sacerdote/membro de ordens/seitas religiosas	40 Músico/Artista/Bailarino/Modelo/afins
07 Odontólogo	24 Professor/trabalhador ligados ao ensino	41 Atleta/instrutor/preparador/afins
08 Psicólogo/Pedagogo	25 Securitário	42 Militar ativa/reserva e Polícias
09 Biólogo/Biomédico	26 Bancário	43 Motorista
10 Farmacêutico	27 Corretor de imóveis/seguros/títulos/valores	44 Técnico Mecânico/Lanterneiros/afins
11 Veterinário/ Zootecnista	28 Agente de viagem/Guia de turismo	45 Técnico Eletricista/Eletrônica/Telecomunicações
12 Fonoaudiólogo	29 Secretários/Auxiliar Administrativo/afins	46 Trabalhador da construção civil/metalúrgicos
13 Fisioterapeuta/Terapia Ocupacional	30 Arquiteto	47 Trabalhador rural
14 Enfermeiro/ Nutricionista	31 Engenheiro/Agrônomo	48 Vendedor/Demonstrador/Comprador/afins
15 Técnico em ciências biológicas	32 Profissionais de Informática	49 Hotelaria/Garçom/afins
16 Técnico/Auxiliar de Laboratório e de Biologia	33 Contador/Auditor/afins	50 Outros
17 Advogado	34 Químico/Físico/Astrônomo/ afins	

Pelo presente, autorizo ao Estipulante indicado no anverso a descontar de meu salário, em folha de pagamento, a importância relativa à minha contribuição para o Seguro de Assistência Médica e/ou Hospitalar e/ou para o Seguro de Assistência Odontológica, quando este for Contribuinte, contratado em meu benefício e de meus dependentes elegíveis, com a Seguradora indicada no anverso, conforme os valores a que tiver direito, agora e no futuro, por força das Condições Gerais e Especiais da Apólice, das quais me declaro ciente, assim como, descontar também a minha contribuição relativa ao Seguro de Vida em Grupo, contratado sobre minha vida, se for o caso.

Data	Assinatura do Empregado ou Responsável por menor de 18 anos	Assinatura do Estipulante sob Carimbo
------	---	---------------------------------------

Sendo o proponente analfabeto, deverá esta proposta ser firmada a rogo, na presença de duas testemunhas e vistada pelo Estipulante.

1ª Testemunha _____ 2ª Testemunha _____