

## Termo de Responsabilidade ao Plano Essência Pré Pagamento

A FALTA DE PREENCHIMENTO DE QUALQUER CAMPO OBRIGATÓRIO INDICADO POR (\*) OCASIONARÁ A REJEIÇÃO DO TERMO. NÃO SEPRE AS FOLHAS.

Empresa\*

Matrícula\*

Solicito minha inclusão como designado responsável do Essência Pré Pagamento na categoria de plano assinalada abaixo:

### Abrangência Nacional

- |  |             |              |  |             |              |
|--|-------------|--------------|--|-------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Essência 100 Nacional | Enfermaria  | 486.367/20-4 | <input type="checkbox"/> Essência 500 Nacional | Apartamento | 486.370/20-4 |
| <input type="checkbox"/> Essência 100 Nacional | Apartamento | 486.368/20-2 | <input type="checkbox"/> Essência 700 Nacional | Apartamento | 486.371/20-2 |
| <input type="checkbox"/> Essência 300 Nacional | Apartamento | 486.369/20-1 | <input type="checkbox"/> Essência 900 Nacional | Apartamento | 486.387/20-9 |

### Abrangência Regional Sudeste Paulista

- |  |             |              |
|--|-------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Essência 100 Sudeste Paulista | Enfermaria  | 486.374/20-7 |
| <input type="checkbox"/> Essência 100 Sudeste Paulista | Apartamento | 486.373/20-9 |
| <input type="checkbox"/> Essência 500 Sudeste Paulista | Apartamento | 486.372/20-1 |

### Abrangência Regional Nordeste Paulista

- |   |             |              |
|---|-------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Essência 100 Nordeste Paulista | Enfermaria  | 486.381/20-0 |
| <input type="checkbox"/> Essência 100 Nordeste Paulista | Apartamento | 486.380/20-1 |
| <input type="checkbox"/> Essência 500 Nordeste Paulista | Apartamento | 486.386/20-6 |

### Abrangência Regional Centro Oeste Paulista

- |   |             |              |
|---|-------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Essência 100 Centro Oeste Paulista | Enfermaria  | 486.376/20-3 |
| <input type="checkbox"/> Essência 100 Centro Oeste Paulista | Apartamento | 486.375/20-5 |

### Abrangência Regional Centro Leste Paulista

- |   |             |              |
|---|-------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Essência 100 Centro Leste Paulista | Enfermaria  | 486.384/20-4 |
| <input type="checkbox"/> Essência 100 Centro Leste Paulista | Apartamento | 486.383/20-6 |
| <input type="checkbox"/> Essência 500 Centro Leste Paulista | Apartamento | 486.382/20-8 |

### Abrangência Regional Noroeste Paulista

- |   |             |              |
|---|-------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Essência 100 Noroeste Paulista | Enfermaria  | 486.379/20-8 |
| <input type="checkbox"/> Essência 100 Noroeste Paulista | Apartamento | 486.378/20-0 |
| <input type="checkbox"/> Essência 500 Noroeste Paulista | Apartamento | 486.377/20-1 |

### Abrangência Regional Leste Paulista

- |  |             |              |
|--|-------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> Essência 100 Leste Paulista | Enfermaria  | 486.365/20-8 |
| <input type="checkbox"/> Essência 100 Leste Paulista | Apartamento | 486.386/20-1 |
| <input type="checkbox"/> Essência 500 Leste Paulista | Apartamento | 486.385/20-2 |

### Dados do designado responsável (beneficiário)

Nome completo\*

Cadastro Nacional de Saúde\*

Estado civil\*

Grau de parentesco com o titular\*

Naturalidade (cidade onde nasceu)

Nacionalidade\*

Data de nascimento\*

Sexo\*

Endereço (preencher somente se for diferente do titular)\*

Bairro\*

CEP\*

UF (estado)\*

Município\*

E-mail

DDD\*

Telefone residencial\*

DDD

Telefone celular

RG\*

Órgão exp.\*

Data de expedição\*

CPF\*

Nome da mãe\*

Nome do pai\*

Assinatura do titular\*

Local\*

Data\*

Este formulário deverá ser enviado por meio das Caixas de Autoatendimento ou via Correios, para Al. Santos, 2477 - 6º andar - Cadastro - CEP 01419-907 - São Paulo - SP. Estamos à disposição pelo Disque Vivest nos telefones 0800.012.7173 e (11) 3065-3000, e-mail: atendimento@vivest.com.br.

## Termo de Responsabilidade ao Plano Essência Pré Pagamento

A FALTA DE PREENCHIMENTO DE QUALQUER CAMPO OBRIGATÓRIO INDICADO POR (\*) OCASIONARÁ A REJEIÇÃO DO TERMO. NÃO SEPRE AS FOLHAS.

\_\_\_\_\_  
Empresa\*

\_\_\_\_\_  
Matrícula\*

### Dados bancários

**Banco**

**Agência**

**Conta Corrente**

\_\_\_\_\_  
Número\*

\_\_\_\_\_  
Nome do banco\*

\_\_\_\_\_  
Número\*

\_\_\_\_\_  
Dígito\*

\_\_\_\_\_  
Tipo\*

\_\_\_\_\_  
Número\*

\_\_\_\_\_  
Dígito\*

### Dados do representante legal do designado (em caso de designado menor ou designado interdito)

\_\_\_\_\_  
Nome completo\*

\_\_\_\_\_  
Data de nascimento\*  
/ /

\_\_\_\_\_  
Sexo\*

\_\_\_\_\_  
Grau de parentesco com o titular\*

\_\_\_\_\_  
RG\*

\_\_\_\_\_  
Órgão exp.\*

\_\_\_\_\_  
Data de expedição\*  
/ /

\_\_\_\_\_  
CPF\*

\_\_\_\_\_  
Nome da mãe\*

\_\_\_\_\_  
Nome do pai\*

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

\_\_\_\_\_  
Local\*

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

## Termo de Responsabilidade ao Plano Essência Pré Pagamento

A FALTA DE PREENCHIMENTO DE QUALQUER CAMPO OBRIGATÓRIO INDICADO POR (\*) OCASIONARÁ A REJEIÇÃO DO TERMO. NÃO SEPRE AS FOLHAS.

\_\_\_\_\_  
Empresa\*

\_\_\_\_\_  
Matrícula\*

Designado responsável     Representante legal do designado responsável (responsável por menor ou incapaz)

### Declaro para todos os fins:

1. Estar ciente de que o Essência é um plano coletivo, na modalidade de pré-pagamento e custos por faixa etária, portanto, a cobrança da mensalidade refere-se ao custeio das despesas a serem realizadas no mês subsequente e que, de acordo com a data de efetivação da adesão, o primeiro valor cobrado poderá ser acumulado com as mensalidades do mês da adesão e do(s) subsequente(s).
2. Estar ciente que responderei pelos custos deste plano de saúde, nos termos dos Regulamentos e das Condições Especiais dos planos, bem como das coparticipações financeiras quando da utilização da assistência médico-hospitalar, AUTORIZANDO a Vivest a processar as respectivas cobranças por meio de boleto bancário.
3. Estar ciente que responderei por todas as obrigações relativas ao plano de saúde de acordo com os Regulamentos e Condições Especiais do plano Essência Pré Pagamento.
4. Estar ciente que a adesão como designado responsável ao plano Essência Pré Pagamento, está condicionada efetivamente à presença do titular em um dos planos de saúde administrados pela Vivest.
5. Estar ciente de que as regras de carência estão estabelecidas no Regulamento e Condições Especiais do plano Essência Pré Pagamento.
6. O início da vigência deste plano de saúde dar-se-á da seguinte forma:
  - a) No caso dos participantes que não estão inscritos em planos de saúde da Vivest e solicitarem a adesão ao Plano Essência Pré Pagamento, o início de vigência deste plano de saúde será a partir do efetivo recebimento do Termo de Adesão pelo setor de Cadastro da Vivest, devidamente preenchido e assinado;
  - b) No caso dos usuários que estão inscritos no PES que solicitarem a adesão ao Essência Pré, o cancelamento do plano anterior será efetivado automaticamente no último dia do mês da solicitação e o início de vigência do novo plano será a partir do 1º dia do mês subsequente ao do recebimento do Termo de Adesão pelo setor de Cadastro da Vivest, devidamente preenchido e assinado;
  - c) No caso dos usuários inscritos no NOSSO Plano que solicitarem a adesão ao Plano Essência Pré Pagamento, o cancelamento do plano anterior será efetivado automaticamente no último dia do mês da solicitação e o início de vigência do novo plano será a partir do 1º dia do mês subsequente ao do recebimento do Termo de Adesão pelo setor de Cadastro da Vivest, devidamente preenchido e assinado.
7. Estar ciente de que receberei comunicado formal confirmando minha adesão ao Plano Essência Pré Pagamento e/ou de meu(s) dependente(s), agregado(s) e/ou designado(s) e que, até o recebimento dos cartões, necessito do contato prévio com a Vivest para obtenção de atendimento pela rede credenciada.
8. Estar ciente que o Regulamento e as Condições Especiais do Plano Essência Pré Pagamento, bem como, o Manual de Orientação para Contratação de Planos de Saúde (MPS), Guia de Leitura Contratual (GLC) e a relação dos recursos credenciados, estão disponíveis no portal da Vivest ([www.vivest.com.br](http://www.vivest.com.br)).
9. Que as informações aqui prestadas são expressão da verdade e que estou ciente de que a falsidade destas ou o não cumprimento do Regulamento implicará em sanções regulamentares e penalidades previstas nos Artigos 171 e 299 do Código Penal e dos Artigos 186 e 187 do Código Civil, bem como as relacionadas no Estatuto Social e o no Código de Conduta e Princípios Éticos da Funcesp.
10. Estar ciente que os dados pessoais, inclusive sensíveis, coletados ao longo da vigência do contrato/regulamento a que este formulário se refere serão utilizados exclusivamente para as finalidades decorrentes da prestação de serviços.
11. Que em observância à Lei 13.709/2018, as informações contidas neste documento devem ser tratadas de forma reservada por conterem dados pessoais.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do designado responsável ou de seu representante legal\*

Este formulário deverá ser enviado por meio das Caixas de Autoatendimento ou via Correios, para Al. Santos, 2477 - 6º andar - Cadastro - CEP 01419-907 - São Paulo - SP. Estamos à disposição pelo Disque Vivest nos telefones 0800.012.7173 e (11) 3065-3000, e-mail: [atendimento@vivest.com.br](mailto:atendimento@vivest.com.br).