

## Termo de Adesão ao Essência Pré Pagamento (titular)

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

Empresa na qual foi vinculado\*

Matrícula\*

Solicito minha adesão como titular do Essência Pré Pagamento, na categoria de plano assinalada abaixo e a de meus familiares, nas categorias disponibilizadas no formulário anexo.

### 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

**Observação:** para a inclusão de dependentes, agregados e/ou designados, preencher também o Termo de Adesão ao Essência Pré Pagamento (dependentes, agregados e/ou designados). Para designado responsável, preencher formulário específico.

### Dados do Titular

Nome completo\*

Cadastro Nacional de Saúde\*

Data de nascimento\*

Estado civil\*

Grau de parentesco com o titular\*

Sexo\*

Naturalidade (cidade onde nasceu)

Nacionalidade\*

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

Bairro\*

CEP\*

UF (estado)\*

Município\*

E-mail

DDD\*

Telefone residencial\*

RG\*

Órgão exp.\*

Data de expedição\*

CPF\*

Nome da mãe\*

Nome do pai\*

Assinatura do titular\*

Assinatura do curador (se tiver)\*

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 Adesão ao Essência Pré Pagamento (titular)

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

\_\_\_\_\_  
Empresa na qual foi vinculado\*

\_\_\_\_\_  
Matrícula\*

\_\_\_\_\_  
Nome completo do titular\*

### 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. a) Estar ciente de que, na qualidade de participante titular do plano Essência Pré Pagamento, serei responsável pelos custos deste plano de saúde, nos termos dos Regulamento do plano e das Condições Especiais, bem como pelas coparticipações financeiras quando da utilização da assistência médico-hospitalar – minha e de meus dependentes, agregados e/ou designados – AUTORIZANDO a Vivest a processar os respectivos descontos em folha de pagamento ou por cobrança bancária.  
b) Comprometer-me a quitar eventuais débitos pendentes não descontados em folha de pagamento, caso existam, conforme determina o Regulamento do Plano Essência Pré Pagamento.
3. Estar ciente de que a aceitação deste Termo de Adesão condiciona a aceitação das regras e dos procedimentos operacionais estabelecidos no Regulamento e Condições Especiais do Essência Pré Pagamento.
4. Estar ciente de que a adesão de meu(s) dependente(s), agregado(s) e/ou designado(s) no plano Essência Pré Pagamento, exceto quando pensionistas previdenciários, estão condicionadas 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 Vivest.
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.

De acordo com os itens dispostos acima.

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

\_\_\_\_\_  
Assinatura do curador (se tiver)\*

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

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

## Termo de Adesão ao Essência Pré Pagamento (dependentes, agregados e/ou designados)

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

Empresa na qual foi vinculado\*

Matrícula\*

Solicito minha adesão como titular do Essência Pré Pagamento, na categoria de plano assinalada abaixo e a de meus familiares, nas categorias disponibilizadas no formulário anexo.

### 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

**Observação:** para a inclusão de dependentes, agregados e/ou designados, preencher também o Termo de Adesão ao Essência Pré Pagamento (dependentes, agregados e/ou designados). Para designado responsável, preencher formulário específico.

### Dados do dependente, agregado ou designado

Nome completo\*

/ /

Data de nascimento\*

Estado civil\*

Grau de parentesco com o titular\*

Sexo\*

Naturalidade (cidade onde nasceu)

Nacionalidade\*

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

Bairro\*

CEP\*

UF (estado)\*

Município\*

E-mail

DDD\*

Telefone residencial\*

RG\*

Órgão exp.\*

Data de expedição\*

CPF\*

Nome da mãe\*

Nome do pai\*

Assinatura do titular\*

Assinatura do curador (se tiver)\*

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.