



FORMULÁRIO DE ADEÇÃO

DADOS DA OPERADORA

JUDICEMED - Associação de Assistência Médico Hospitalar dos Magistrados no Estado do Paraná
Rua Alberto Folloni, 543, 3º andar, Ahú
Curitiba - Paraná - CEP 80540-000

Registro ANS: **417955**
CNPJ: **07.945.024/0001-62**
Inscrição Estadual: **Isento**

DADOS DO BENEFICIÁRIO TITULAR

Modalidade de beneficiário:			Sexo:		Matrícula:
Titular	Facultativo (+ de 24 anos)	Pensionista	Masculino	Feminino	
Nome:					
Data de nascimento: / /		RG:	CPF:		
Nome da Mãe:					
Nome do Pai:					
Estado Civil:			Desejo receber Informações do meu plano via celular.		USO EXCLUSIVO JUDICEMED Inclusão de nova família Inclusão de dependente
Solteiro	Casado	União Estável	Desejo receber informações do meu plano via e-mail.		
Outro:					

ENDEREÇO / TELEFONE / E-MAIL

Logradouro:				Número:	
Complemento:			Bairro:		
Cidade:			UF:		
Telefone:		E-mail:			

DADOS DO PRODUTO

Produto contratado e registrado na ANS, para titular e dependentes
464832133 - PLANO JUDICEMED - Coletivo por adesão - Ambulatorial+Hospitalar com obstetrícia
468298120 - PLANO FAMÍLIA - Coletivo por adesão - Ambulatorial+Hospitalar com obstetrícia

ÁREA GEOGRÁFICA DE ABRANGÊNCIA DO PLANO DE SAÚDE: **Estadual** ACOMODACÃO: **Apartamento**

DADOS DOS DEPENDENTES

DEPENDENTE 1

Nome:						
Grau de Dependência:			Sexo:		Estado Civil:	
Cônjuge/Companheiro(a)	Filho(a)	Neto(a)	Masculino	Solteiro	Casado	União Estável
Outro:			Feminino	Outro:		
Nome da Mãe:						
Nome do Pai:						
Data de nascimento: / /		Telefone: ()		CNS*:		
E-mail:				* de preenchimento da Operadora		

DEPENDENTE 2

Nome:						
Grau de Dependência:			Sexo:		Estado Civil:	
Cônjuge/Companheiro(a)	Filho(a)	Neto(a)	Masculino	Solteiro	Casado	União Estável
Outro:			Feminino	Outro:		
Nome da Mãe:						
Nome do Pai:						
Data de nascimento: / /		Telefone: ()		CNS*:		
E-mail:				* de preenchimento da Operadora		

DEPENDENTE 3

Nome:						
Grau de Dependência:			Sexo:		Estado Civil:	
Cônjuge/Companheiro(a)	Filho(a)	Neto(a)	Masculino	Solteiro	Casado	União Estável
Outro:			Feminino	Outro:		
Nome da Mãe:						
Nome do Pai:						
Data de nascimento: / /		Telefone: ()		CNS*:		
E-mail:				* de preenchimento da Operadora		

OPÇÕES DE PAGAMENTO

DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO

TJPR

PARANÁ PREVIDÊNCIA

OUTROS:

Autorizo a consignar em minha folha de pagamento, o(s) valor(es) da(s) mensalidade(s) da Associação de Assistência Médico Hospitalar dos Magistrados no Estado do Paraná - JUDICEMED, referente ao(s) beneficiário(s) discriminado(s) acima, em conformidade à(s) ficha(s) de adesão e documentos necessários.

, de de

Assinatura

BOLETO BANCÁRIO

DÉBITO EM CONTA BANCÁRIA

DADOS BANCÁRIOS PARA DÉBITO EM CONTA

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL

BANCO DO BRASIL

Agência:

Conta corrente:

Nome do correntista:

CPF:

Data de nascimento: / /

Autorizo o débito na conta corrente informada acima de todos os valores relativos às mensalidades da JUDICEMED – Associação de Assistência Médico Hospitalar dos Magistrados no Estado do Paraná.

, de de

Assinatura

Declaro que, ao preencher e assinar o presente Formulário de Adesão, tomei conhecimento do regulamento da JUDICEMED – Associação de Assistência Médico Hospitalar dos Magistrados no Estado do Paraná, devidamente registrado na ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar, disponível no site: <https://www.judicemed.com.br>, cujas cláusulas, condições, termos e expressões foram por mim integralmente lidos, compreendidos e aceitos, sem nenhuma restrição quanto ao seu conteúdo.

Acuso o recebimento e conhecimento do manual de orientação para contratação de plano de saúde, guia de leitura contratual e declaração de saúde.

Em conformidade com a Lei 13.709/2018 – LGPD (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais), declaro estar ciente de que:

1. A JUDICEMED necessita utilizar meus dados pessoais e de meus dependentes, inclusive dados de saúde, para poder atender ao contrato de Plano Médico Hospitalar;
2. Os dados pessoais serão utilizados, exclusivamente, para prestação de atenção à saúde, por autoridade sanitária, para realizar as transações financeiras, estatísticas e atividades administrativas resultantes do uso e da prestação dos serviços, bem como para segurança do paciente e prevenção de fraudes;
3. A JUDICEMED poderá compartilhar meus dados pessoais para prestadores de saúde para possibilitar a realização de atendimentos, execução de contrato assim como para atividades de auditorias, cálculos atuariais, cumprimento de deveres legais, e exercício regular de direitos inclusive em processos administrativos e judiciais, relacionados ao Plano de Saúde, observadas as Políticas e Normas de Segurança da Informação, Privacidade e Proteção de Dados Pessoais da JUDICEMED e, sempre que possível, de forma anônima; e
4. A JUDICEMED disponibiliza canais de comunicação para o exercício dos meus direitos previstos na legislação sobre o uso de dados pessoais.

, de de

Assinatura

PARA USO EXCLUSIVO DA JUDICEMED

Data da inclusão:

/ /

Responsável pela inclusão: