

Prezado(a) Colaborador,

Nós consideramos a assistência médica e odontológica fundamental para a Saúde geral de seus colaboradores e familiares. Por esta razão, acreditamos ser importante que tenham acesso a um plano de qualidade e com uma excelente relação custo - benefício. Neste sentido, firmamos parceria com o Grupo São Francisco (Empresa do Sistema Hapvida), uma das maiores operadoras do país, para lhe oferecer um plano com ampla cobertura, excelente rede credenciada e baixo custo mensal, sendo os valores descontados em folha de pagamento.

EMPRESA:

ADESÃO PLANO SAÚDE ( ) Padrão de conforto: Valor:

ADESÃO PLANO ODONTO ( ) Valor:

NOME: \_\_\_\_\_

SEXO: \_\_\_\_\_ DATA DE NASCITO.: \_\_\_\_\_ ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ MATRÍCULA: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ ORGÃO EMISSOR \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_ N°: \_\_\_\_\_ COMPLEMENTO \_\_\_\_\_

BAIRRO: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_ CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

3. DEPENDENTES:

ADESÃO: PLANO SAÚDE ( ) PLANO ODONTO ( )

( ) 3.1 NOME: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCITO.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ SEXO ( ) \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

ADESÃO: PLANO SAÚDE ( ) PLANO ODONTO ( )

( ) 3.2 NOME: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCITO.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ SEXO ( ) \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

ADESÃO: PLANO SAÚDE ( ) PLANO ODONTO ( )

( ) 3.3 NOME: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCITO.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ SEXO ( ) \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

ADESÃO: PLANO SAÚDE ( ) PLANO ODONTO ( )

( ) 3.4 NOME: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCITO.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ SEXO ( ) \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

ADESÃO: PLANO SAÚDE ( ) PLANO ODONTO ( )

( ) 3.5 NOME: \_\_\_\_\_ PARENTESCO: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCITO.: \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_ SEXO ( ) \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Dados para Contato:

Observação:	Excluir	Alterar	Inclusão	Sem Cartão

AUTORIZAÇÃO PARA ADESÃO E DESCONTO EM FOLHA

( ) Manifesto minha adesão ao(s) plano(s) acima assinalados de acordo com as condições, coberturas e rotinas constantes do Contrato de Prestação de Serviço assinado entre o Grupo São Francisco e a empregadora/entidade, estando o mesmo à disposição da mesma. Autorizo o desconto mensal em folha de pagamento no valor do plano acima optado, por beneficiário durante o período de vigência do contrato, sendo renovado automaticamente, salvo minha solicitação por escrito com 30 dias de antecedência do término da vigência.

( ) Desejo renunciar ao benefício oferecido pela empresa.

LOCAL

ANS - Nº 36531-9

ANS - Nº 30209-1

ASSINATURA