

Faça agora seu Plano de SAÚDE HAPVIDA Saúde ao seu Alcance.

Ficha de Adesão ao Plano de Saúde - Empresarial.

Empresa: _____

Local: _____ Contatos: _____ Tel 1: _____ Tel 2: _____
Tipo de Plano: ☐ NOSSO PLANO ☐ MIX ☐ PLENO Acomodação: ☐ ENFERMARIA ☐ APARTAMENTO ☐ COM PARTO ☐ SEM PARTO

Nome do Titular: _____

Nome da Mãe do Titular: _____

RG: _____ /SSP- _____ CPF: _____

Est Civ.: _____ Sexo: _____ Data Nasct.: ____/____/____ Nacionalidade: _____

E-Mail: _____ Tel. Res. _____ Tel. Cel. _____

Função: _____ Localidade: _____ Data de Admissão: ____/____/____ Matrícula: _____

Cópias dos Docs: ☐ Completa ☐ Faltando Cópia documentos para dependentes Maiores: RG, CPF e Certidão de Casamento (para cônjuge) Menores: Registro de Nascimento

Dados Cadastrais dos Dependentes

Nome do Dependente 1: _____

Nome da Mãe do Dependente 1: _____

RG: _____ /SSP- _____ CPF: _____

Est Civ.: _____ Sexo: _____ Data Nasct.: ____/____/____ Nacionalidade: _____ Grau Parentesco: _____

E-Mail: _____ Tel. Res. _____ Tel. Cel. _____

Nome do Dependente 2: _____

Nome da Mãe do Dependente 2: _____

RG: _____ /SSP- _____ CPF: _____

Est Civ.: _____ Sexo: _____ Data Nasct.: ____/____/____ Nacionalidade: _____ Grau Parentesco: _____

E-Mail: _____ Tel. Res. _____ Tel. Cel. _____

Nome do Dependente 3: _____

Nome da Mãe do Dependente 3: _____

Est Civ.: _____ Sexo: _____ Data Nasct.: ____/____/____ Nacionalidade: _____ Grau Parentesco: _____

E-Mail: _____ Tel. Res. _____ Tel. Cel. _____

TERMO DE ADESÃO PRA DESCONTO EM FOLHA DE PAGAMENTO REFERENTE AO PLANO DE SAÚDE HAPVIDA

☐ **SIM**, Autorizo a _____ ou uma de suas filiais ou empresas coligadas, a proceder com cobrança mensal do valor correspondente ao Plano de Saúde Empresarial - Hapvida.

Valor a ser descontado: Titular R\$ _____ Dependentes R\$ _____ Total R\$ _____
Caso eu escolha incluir algum dependente, a _____ ou uma de suas empresas coligadas, está autorizada também a proceder com cobrança mensal do valor correspondente por cada dependente, conforme descrito acima.

☐ **NÃO** Autorizo cobrança mensal relativo ao Plano de Saúde Empresarial - Hapvida.

Eu _____, portador do CPF: _____, autorizo minha inclusão no plano odontológico da Empresa: _____, inscrita no CNPJ: _____, para início de vigência dia _____, no qual permanecerei no plano pelo período mínimo de 24 meses corridos a contar do dia _____.

Recife, _____ de _____ de 2015.

Assinatura do Associado

Data Recebimento ____/____/____ Visto: _____

Para Uso do Departamento Pessoal - FAVOR DEVOLVER ESTE DOCUMENTO DEVIDAMENTE PREENCHIDO E ASSINADO