

Convênio Médico Sul Améri- ca Saúde

Declaro estar ciente que a Fundação Butantan oferece plano de saúde, somente para os colaboradores e dependentes (conjugue e filhos).

Plano Sul Améri- ca Clí- ssico Enfermaria elegi- veis aos colaboradores com cargos de auxiliares, sã- o isentos do desconto do plano de saúde.

Plano Sul Améri- ca Especial Apartamento, elegi- veis aos colaboradores com cargos de técnicos/assistentes e coordenadores, desconto mensal no valor R\$ 39,76, por vida.

Coparticipação de 10% sobre exames e consultas eletivas, em caso de utilização

Convênio Odontológico Amil

Declaro estar ciente que a empresa oferece um plano odontológico, somente para os funcionários.

O valor de desconto do plano odontológico, será por vida, de acordo com o plano escolhido pelo colaborador no ato da admissão.

A adesão de ambos os planos feita depois da data de admissão terá carência, conforme estipulado pelo convênio.

Adesão ao Convênio Médico	() Sim	() Não
Dependentes	() Sim	() Não

Limite de Idade para inclusão de filhos até 24 anos.

Adesão ao Convênio Odontológico	() Sim	() Não
Dependentes	() Sim	() Não

Limite de Idade para inclusão de filhos até 39 anos.

Data: ____/____/____

Assinatura: _____